

**WERTHER CRUZ DE CARVALHO**  
*cirurgião dentista*

**ESTUDO DE UMA AMOSTRA DE CIRURGIÕES  
DENTISTAS EM RELAÇÃO A  
PROCEDIMENTOS BÁSICOS EM PERIODONTIA**

*Esse exemplar foi devidamente  
corrigido conforme resolução  
de CPG 033/83*

Esse exemplar foi devidamente  
corrigido conforme resolução C. C. P. G.  
033/83.

Piracicaba, 30/10/97

*Antonio Wilson Sallum*

Tese apresentada à Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba da  
Universidade Estadual de Campinas,  
para a obtenção do grau de Mestre em  
Clínica Odontológica, área de  
Periodontia.

Orientador Prof. Dr. Antonio Wilson  
Sallum - FOP - UNICAMP  
Co-orientador Prof. Dr. Enilson Antonio  
Sallum

**Piracicaba  
1997**



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	
	Piracicaba
	C.253e
V.	Ex.
TOMBO BC/	32370
PROC.	284/51
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	03/12/97
N.º CPD	

CM-00103381-4

Ficha Catalográfica Elaborada pela Biblioteca da FOP/UNICAMP

C253e

Carvalho, Werther Cruz de.

Estudo de uma amostra de cirurgiões dentistas em relação a procedimentos básicos em periodontia / Werther Cruz de Carvalho. - Piracicaba : [s.n.], 1997.

87f. : il.

Orientador : Antonio Wilson Sallum.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Cirurgiões dentistas. 2. Periodontia. I. Sallum, Antoni Wilson. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

19.CDD - 617.6

- 617.632

Índices para o Catálogo Sistemático

- |                |         |
|----------------|---------|
| 1. Odontologia | 617.6   |
| 2. Periodontia | 617.632 |



FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de **Mestrado**, em sessão pública realizada em 20/10/97, considerou o candidato aprovado.

1. Antonio Wilson Sallum

A handwritten signature in cursive script, likely belonging to Antonio Wilson Sallum, written over a horizontal line.

2. Mauro Antonio Arruda Nóbilo

A handwritten signature in cursive script, likely belonging to Mauro Antonio Arruda Nóbilo, written over a horizontal line.

3. Francisco Humberto Nociti Jr.

A handwritten signature in cursive script, likely belonging to Francisco Humberto Nociti Jr., written over a horizontal line.

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Antonio Wilson Sallum, pelos anos de amizade e por ter me direcionado nos caminhos da ciência e magistério.

Aos professores de periodontia e da clínica integrada, pelo exemplo, apoio e companheirismo.

Aos colegas do curso de Pós-graduação e especialização que também muito me ensinaram.

À Dra. Rita Noronha, cirurgiã dentista que cedeu gentilmente o estande da Colgate para coleta dos questionários.

Aos colegas cirurgiões dentistas que responderam aos questionários deste estudo, dispondo de sua atenção.

À Profa. Dra. Leonor de Castro Monteiro Lofredo da Faculdade de Odontologia da UNESP - Araraquara, pela orientação estatística.

À FAPESP, pela assistência e financiamento.

***“Nosso objetivo deveria ser a preservação perpétua do que permanece antes da meticulosa restauração daquilo que foi perdido.”***

**- DE VAN <sup>49</sup>, 1952.**

# SUMÁRIO

	p.
<b>LISTA DE PALAVRAS E ABREVIATURAS</b>	<b>1</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b>	<b>2</b>
<b>RESUMO</b>	<b>3</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>4</b>
<b>2. PROPOSIÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>9</b>
3.1. Na área legal	9
3.2. Nos registros em fichas clínicas	9
3.3. Nos questionários	10
3.4. No exame clínico dos pacientes	11
3.5. Na utilização de pessoal auxiliar	12
3.6. No tempo utilizado	13
3.7. No conhecimento do público	14
3.8. Na área acadêmica	16
<b>4. MATERIAL E MÉTODOS</b>	<b>19</b>
<b>5. RESULTADOS</b>	<b>21</b>
5.1. PERFIL DA AMOSTRA	21
5.1.1. ESTADO DE PROCEDÊNCIA	21
5.1.2. IDADE	22
5.1.3. SEXO	22
5.1.4. ANO DE FORMATURA	22
5.1.5. ESPECIALISTA OU CLÍNICO GERAL	24
5.2. RESPOSTAS	24
<b>6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>32</b>
6.1. AMOSTRA	32
6.2. RESPOSTAS	34
6.2.1. QUESTÃO 1	34

6.2.2. QUESTÃO 2	35
6.2.3. QUESTÃO 3	35
6.2.4. QUESTÃO 4	37
6.2.5. QUESTÃO 5	39
6.2.6. QUESTÃO 6	40
6.2.7. QUESTÃO 7	41
6.2.8. QUESTÃO 8	42
6.2.9. QUESTÃO 9	44
6.2.10. QUESTÃO 10	45
6.2.11. QUESTÃO PARA QUEM ASSINALOU <u>SIM</u> NA QUESTÃO 10	45
6.2.12. QUESTÃO 11	47
6.2.13. QUESTÃO 12	49
6.2.14. QUESTÃO 13	49
 6.3. DISCUSSÃO GERAL	 50
 7. CONCLUSÕES	 52
 ANEXOS	
ANEXO 1: Gráfico da questão 1	53
ANEXO 2: Gráfico da questão 2	54
ANEXO 3: Gráfico da questão 3	55
ANEXO 4: Gráfico da questão 4	56
ANEXO 5: Gráfico da questão 5	57
ANEXO 6: Gráfico da questão 6	58
ANEXO 7: Gráfico da questão 7	59
ANEXO 8: Gráfico da questão 9	60
ANEXO 9: Gráfico da questão 10	61
ANEXO 10: Gráfico da questão para quem assinalou <u>sim</u> na questão 10	62
ANEXO 11: Gráfico da questão 11	63
ANEXO 12: Gráfico da questão 12	64
ANEXO 13: Gráfico da questão 13	65
ANEXO 14: Gráfico da questão 8	66
ANEXO 15: Questionário	67
 APÊNDICES	
APÊNDICE 1: Estados de procedência da amostra total	68
APÊNDICE 2: Tabela resposta da questão 8	69
APÊNDICE 3: Planilha de respostas	70
 SUMMARY	 71
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 72

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

**Apud** = em

**et al.** = e outros (abreviatura de "et alii")

**id.** = o mesmo autor (abreviatura de "idem")

**In** = em

**%** = por cento

**n i** = não informaram

**M** = masculino

**F** = feminino

**E. U. A.** = Estados Unidos da América

**F** = feminino

**na** = analgésico

**M** = masculino

**vi** = vitamina

**esp** = especialista

**ab** = antibiótico

**Ano Form** = ano de formatura

**ai** = antiinflamatório

**sang** = sangramento gengival a sondagem

**as** = anti-séptico

**mobil** = mobilidade dental

**sup** = supragengival

**calcu** = cálculo

**sub** = subgengival

**retra** = retração gengival

**amb** = ambas

**est** = estado

**ras** = raspagem dental

**b** = bons

**ind** = indico para um especialista

**f** = fracos

**tod** = todos

**o** = ótimos

**gen** = gengivectomia

**r** = regulares

**aju** = ajuste oclusal

**m** = muito importante

**ret** = retalho

**ip** = importante a alguns pacientes



## LISTA DE TABELAS

	p.
<b>Tabela 1: Subgrupos A e B</b>	<b>22</b>
<b>Tabela 2: Subgrupos 1, 2 e 3</b>	<b>22</b>
<b>Tabela 3: Divisão dos subgrupos em especialistas e clínicos gerais</b>	<b>24</b>
<b>Tabela resposta da questão 1, 2 e 3</b>	<b>25</b>
<b>Tabela resposta das questões 4 e 5</b>	<b>26</b>
<b>Tabela resposta das questões 6 e 7</b>	<b>27</b>
<b>Tabela resposta das questões 8 e 9</b>	<b>28</b>
<b>Tabela resposta das questões 10</b>	<b>29</b>
<b>Tabela resposta para assinalou a opção <u>sim</u> da questão 10</b>	<b>29</b>
<b>Tabela resposta das questões 11 e 12</b>	<b>30</b>
<b>Tabela resposta da questão 13</b>	<b>31</b>
<b>Gráfico 1: Distribuição da amostra por idade e ano de formatura</b>	<b>23</b>

## RESUMO

Este estudo tem por objetivo avaliar diversos aspectos básicos como métodos de diagnóstico, exame clínico e terapêutica em periodontia, utilizada por uma amostra de clínicos, relatado por eles próprios. Foi distribuído aleatoriamente questionários com 13 perguntas sobre procedimentos básicos e obtida uma amostra de 700 questionários respondidos por cirurgiões dentistas clínicos. 55,14 por cento destes responderam utilizar rotineiramente sonda periodontal no exame clínico dos pacientes. Da amostra, 22,57 por cento dos clínicos informaram encontrar doença periodontal em 80% de seus pacientes e somente 2,00 por cento dos clínicos em 100% de seus pacientes. 65,86 por cento dos respondentes afirmaram que sangramento gengival durante a higiene bucal é sinal de doença periodontal. Após análise dos resultados podemos concluir que: doença periodontal não está sendo freqüentemente diagnosticada; 43,57 por cento dos cirurgiões dentistas da amostra responderam não utilizar rotineiramente sonda periodontal no exame clínico; 35,57 por cento dos cirurgiões dentistas da amostra não associam sintomas como sangramento gengival a sondagem com doença periodontal; 32,43 por cento dos cirurgiões dentistas da amostra não associam sintomas como sangramento gengival na higiene oral com doença periodontal; raspagem dental foi a forma terapêutica para tratamento da doença periodontal preferencial encontrada em todos os subgrupos; o subgrupo 3 (cirurgiões dentistas formados há mais de 15 anos) foi o grupo que apresentou maior variação e ausência de respostas, demonstrando a necessidade de atualização em periodontia; 59,85 por cento dos cirurgiões dentistas da amostra responderam receitar com freqüência medicamentos para tratamento da doença periodontal. A classe de medicamentos mais receitada foi a opção **anti-séptico** com 47,26 por cento das respostas.

**Palavras-chave:** Dentistas - Procedimentos - Periodontia

# INTRODUÇÃO

## 1. Introdução:

Embora a doença periodontal seja, de acordo com os mais diversos dados epidemiológicos, a segunda doença da cavidade oral mais prevalente no ser humano, vários estudos nos mostram a pouca importância que é dada a sua prevenção, diagnóstico e, conseqüentemente, seu tratamento (WADE <sup>144</sup>, 1972; BELLINI & GJERMO <sup>25</sup>, 1973; AYERS et al. <sup>12</sup>, 1979; DOUGLASS & DAY <sup>51</sup>, 1979; UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES <sup>138</sup>, 1980; BAWDEN et al. <sup>23</sup>, 1981; BADER et al. <sup>13</sup>, 1983; BRADY <sup>27</sup>, 1984; CHRISTENSEN et al. <sup>40</sup>, 1984; VEHKALAHTI <sup>140</sup>, 1986; BADER et al. <sup>14</sup>, 1987; BAILEY et al. <sup>18</sup>, 1987; CROXSON <sup>46</sup>, 1987; BADER et al. <sup>15</sup>, 1988; GIFT <sup>69</sup>, 1988; HEINS et al. <sup>76</sup>, 1989).

Muitos dentistas não acreditam que doença periodontal pode ser prevenida ou controlada (AMERICAN SOCIETY OF PREVENTIVE DENTISTRY <sup>6</sup>, 1973).

A importância de medidas preventivas e educativas na profissão odontológica não são recentes. Dados americanos relativamente antigos como o levantamento conduzido pelo Conselho Americano em Educação (American Council On Education - KESEL <sup>85</sup>, 1960) já faziam os seguintes apontamentos: "odontologia preventiva oferece a mais promissora solução para os problemas de saúde dental da nação". "Dentistas deveriam reconhecer crescentemente a preeminente importância da odontologia preventiva, utilizando todas as medidas preventivas disponíveis na prática clínica e educando seus pacientes nos valores da prevenção."

A rápida evolução de técnicas microbiológicas laboratoriais (SOCRANSKY <sup>129</sup>, 1977; SLOTS & GENCO <sup>126</sup>, 1984; BONTA et al. <sup>26</sup>, 1985; GENCO et al. <sup>63</sup>, 1985) e uma melhor compreensão da fisiopatologia do periodonto e seus mecanismos imunológicos (VAN DYKE et al. <sup>139</sup>, 1985; GENCO et al. <sup>63</sup>, 1985) nos levaram a um conhecimento mais preciso da doença periodontal, podendo hoje ser distinta em diferentes perfis, de acordo com o caráter da patologia (AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY <sup>3</sup>, 1986). Porém, tal velocidade no aumento do volume de conhecimento científico contribuiu para que o clínico não pudesse acompanhar essa rápida evolução. A tradição da inobservância da saúde dos

tecidos gengivais periféricos ao órgão dental permanece assim, há décadas, uma negligência clássica e marcante dos clínicos.

Rotineiramente são observadas falhas grosseiras no diagnóstico e tratamento da doença periodontal. Técnicas terapêuticas muito antiquadas e empíricas ainda são usadas, talvez na maioria dos casos, e quase sempre ineficazes, onde portadores de doenças periodontais e a profissão odontológica, saem perdendo em todos os sentidos.

Lamentavelmente, as altas proporções epidemiológicas da doença periodontal na população brasileira, nos fornecem uma consciência ruim ao analisarmos a carência educacional, social e econômica desta população (TOLEDO <sup>136</sup>, 1964; DARUGE <sup>48</sup>, 1964; GJERMO et al. <sup>64</sup>, 1983; GJERMO et al. <sup>65</sup>, 1984; SHANLEY & AHERN <sup>122</sup>, 1984; SHEIHAM <sup>123</sup>, 1984; BRADY <sup>27</sup>, 1985; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PERIODONTOLOGIA <sup>128</sup>, 1990; FLORES-DE-JACOBY et al. <sup>58</sup>, 1991; CROXSON <sup>47</sup>, 1993; DINI & GUIMARÃES <sup>50</sup>, 1994; SILVA et al. <sup>125</sup>, 1995).

Alguns trabalhos da literatura, frente a problemas semelhantes, sugerem campanhas para o esclarecimento do público e da própria profissão, orientando quanto a correta etiologia da doença periodontal, seu tratamento e sua prevenção (BAKDASH & KEENAN <sup>20</sup>, 1978; TAN et al. <sup>132</sup>, 1981; BAKDASH et al. <sup>21</sup>, 1983; FRANDSEN <sup>59</sup>, 1983; BRADY <sup>27</sup>, 1984; KRESS <sup>87</sup>, 1984; PILOT <sup>110</sup>, 1984; STEENBERGHE <sup>131</sup>, 1984; GIFT <sup>69</sup>, 1988; RISE & SØGAARD <sup>116</sup>, 1988; SØGAARD <sup>130</sup>, 1988; BADER et al. <sup>16</sup>, 1989; BADER et al. <sup>17</sup>, 1990; BURT & EKLUND <sup>32</sup>, 1992; CROXSON <sup>47</sup>, 1993; BROWN et al. <sup>29</sup>, 1994b; CARVALHO <sup>36</sup>, 1995b).

Na maioria dos casos, a doença periodontal é de lenta evolução, porém, de sintomas muitas vezes imperceptíveis pelo próprio portador (AINAMO <sup>2</sup>, 1972; GLAVIND & ATTSTROM <sup>70</sup>, 1979; TAN et al. <sup>132</sup>, 1981; BRADY <sup>27</sup>, 1984; GREENSTEIN <sup>74</sup>, 1984; KALLIO & AINAMO <sup>82</sup>, 1986; CROXSON <sup>46</sup>, 1987; GIFT <sup>69</sup>, 1988; TOEUS <sup>135</sup>, 1990; KALLIO et al. <sup>83</sup>, 1994). Quando atinge fases mais avançadas exige, freqüentemente, tratamento especializado (BECK et al. <sup>24</sup>, 1984; COXHEAD <sup>43</sup>, 1985; CARRANZA <sup>34</sup>, 1986; HEINS et al. <sup>76</sup>, 1989; JEFFCOAT <sup>80</sup>, 1993). O diagnóstico precoce torna-se portanto fundamental,

devendo ser rotina na prática odontológica de qualquer especialidade (ROBINSON & RANDALL <sup>117</sup>, 1980; GLAVIND & ATTSTROM <sup>70</sup>, 1986; JOHNSON et al. <sup>51</sup>, 1988; BURT & EKLUND <sup>32</sup>, 1992; SMALES <sup>127</sup>, 1993). Diagnosticada precocemente, o tratamento é muito simples, possuindo ainda grande potencial em promoção de saúde e caráter educacional. Baseado no controle do agente etiológico da doença, o tratamento e a prevenção das patologias periodontais mais frequentes, podem ser feitos pelo clínico geral e pelo próprio paciente, desde que cientes da correta patogenia e, obviamente, seu diagnóstico (VOGAN <sup>142</sup>, 1970; AINAMO <sup>2</sup>, 1972; MARKKULA et al. <sup>103</sup>, 1977; MURTOMAA & AINAMO <sup>105</sup>, 1977; FINKELSTEIN & GROSSMAN <sup>55</sup>, 1979; WAERHAUG <sup>145</sup>, 1980; TAN et al. <sup>132</sup>, 1981; FRANDSEN <sup>60</sup>, 1985; HOOGSTRATEN & MOLTZER <sup>79</sup>, 1983; BRADY <sup>27</sup>, 1984; CRAFT <sup>45</sup>, 1984; LANG <sup>89</sup>, 1984; LANGE <sup>95</sup>, 1984; PILOT <sup>110</sup>, 1984; FRANDSEN <sup>60</sup>, 1985; GIFT <sup>69</sup>, 1985b; PAGE <sup>108</sup>, 1985; CARRANZA <sup>34</sup>, 1986; KALLIO & AINAMO <sup>82</sup>, 1986; RAMFJORD <sup>113</sup>, 1987b; GIFT <sup>69</sup>, 1988; RISE & SÖGAARD <sup>116</sup>, 1988; GRAVES et al. <sup>73</sup>, 1989; WEINSTEIN et al. <sup>146</sup>, 1989; LANG et al. <sup>92</sup>, 1990; TOEUS et al. <sup>135</sup>, 1990; AXELSSON et al. <sup>3</sup>, 1991; CIANCIO <sup>41</sup>, 1992; SHEIHAM <sup>124</sup>, 1992; TELIVUO et al. <sup>134</sup>, 1992; CROXSON <sup>47</sup>, 1993; FISCHMAN <sup>57</sup>, 1993; SMALES <sup>127</sup>, 1993; WENNSTRÖM et al. <sup>150</sup>, 1993).

Embora altamente prevalente, principalmente na população adulta, este caráter de evolução lenta e o perfil assintomático da maioria das doenças periodontais, sejam possivelmente os principais responsáveis pela pouca importância e negligência no seu diagnóstico e terapêutica (KEGELES <sup>84</sup>, 1961; TOLEDO <sup>136</sup>, 1964; LINN <sup>98</sup>, 1974; MARKKULA et al. <sup>103</sup>, 1977; MURTOMAA & AINAMO <sup>105</sup>, 1977; DOUGLASS & DAY <sup>51</sup>, 1979; AMERICAN ASSOCIATION OF PUBLIC HEALTH DENTISTS <sup>4</sup>, 1983; DOUGLASS et al. <sup>52</sup>, 1983; BRADY <sup>27</sup>, 1984; CHRISTENSEN et al. <sup>40</sup>, 1984; GREENSTEIN <sup>74</sup>, 1984; LANGE <sup>44</sup>, 1984; STEENBERGHE <sup>95</sup>, 1984; PAGE <sup>108</sup>, 1985; AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY <sup>3</sup>, 1986; LÖE et al. <sup>101</sup>, 1986; BAILIT & BRAUN <sup>19</sup>, 1987; SAMPAIO et al. <sup>119</sup>, 1987; BADER et al. <sup>15</sup>, 1988; GIFT <sup>69</sup>, 1988; JOHNSON et al. <sup>81</sup>, 1988; MCFALL et al. <sup>104</sup>, 1988; BADER et al. <sup>16</sup>, 1989; PEREIRA <sup>109</sup>, 1990; REIFEIS <sup>115</sup>, 1990; TOEUS et al. <sup>135</sup>, 1990; OLIVER et al. <sup>107</sup>, 1991; BUCKLEY <sup>31</sup>, 1993; KALLIO et al. <sup>83</sup>, 1994).

São raros os trabalhos na literatura científica brasileira que estudam os profissionais de saúde voltados à odontologia. A American Dental Association periodicamente examina, através de levantamentos, dentistas, higienistas, auxiliares e outros técnicos e profissionais envolvidos com a odontologia, determinando a natureza, volume, características e produtividade na prática odontológica (BURT & EKLUND <sup>32</sup>, 1992). Poucos estudos (CARVALHO <sup>35</sup>, 1995b) revelam como é a prática da odontologia preventiva no Brasil e em outros países (GIFT <sup>69</sup>, 1988; CHEN <sup>39</sup>, 1990). Portanto, faz-se necessário levantamentos para a análise do comportamento do cirurgião dentista frente a procedimentos básicos preventivos em periodontia.

Este estudo avalia respostas dadas via questionário anônimo, por uma amostra de dentistas clínicos em relação a procedimentos de diagnóstico, tratamento e conhecimentos básicos em periodontia.

# OBJETIVOS



## **2. Objetivos:**

- 2.1. Avaliar conhecimentos de diagnóstico sobre doença periodontal na rotina de trabalho do cirurgião dentista.**
- 2.2. Verificar a porcentagem de doença periodontal em pacientes na prática odontológica, citada pelo clínico.**
- 2.3. Verificar a porcentagem das diferentes formas de terapêutica periodontal citadas pelo clínico no tratamento da doença periodontal.**
- 2.4. Verificar a utilização da prescrição de medicamentos no tratamento odontológico de doença periodontal.**



# REVISÃO DA LITERATURA

### 3. Revisão da Literatura:

Diversos trabalhos encontrados na literatura revelam a pouca importância que é dada ao diagnóstico e tratamento da doença periodontal.

#### 3.1. Na área legal:

**NEWMAN et al.** <sup>106</sup>, (1986), relataram num simpósio que o número de processos contra cirurgiões dentistas havia crescido significativamente, desde 1981, nos Estados Unidos e que um dos fatores principais deste crescimento é a falta de diagnóstico da doença periodontal.

**REIFEIS** <sup>115</sup>, (1990), como dentista e advogado, aconselha que dentistas executem sondagem periodontal, radiografias em intervalos razoáveis, profilaxia rotineira, fazendo registros na ficha clínica em cada visita do paciente, para evitar os processos. Registros também deveriam ser feitos para quando o paciente for informado da doença, sua etiologia e alternativas de tratamento, relapso no controle de placa caseiro do paciente, falta nas consultas e recusa na realização de procedimentos cirúrgicos.

#### 3.2. Nos registros em fichas clínicas:

**VEHKALAHTI et al.** <sup>140</sup>, (1992), analisando dados obtidos de fichas clínicas de 367 pacientes do serviço odontológico municipal (Helsinki, Finlândia), observaram que exames de dentes e periodonto haviam sido adequadamente documentados. No entanto, o tratamento periodontal era insuficiente, não havendo correlação com os achados clínicos, demonstrando que mais da metade dos indivíduos com gengivite não haviam recebido qualquer tratamento periodontal.

Nos estudos da Carolina do Norte, E. U. A. de **MCFALL et al.** <sup>104</sup>, (1988), onde foi examinada uma amostra de 2488 fichas clínicas de pacientes regulares, ou seja freqüentando no mínimo anualmente a clínica odontológica, demonstrou-se que apenas 14,5 por cento das fichas clínicas odontológicas exa-

minadas continham registros de profundidades de bolsas e em geral não continham informação suficiente para descrever o estado de saúde periodontal do paciente.

**BROWN et al.** <sup>28</sup>, (1994a), examinaram 2280 fichas clínicas originárias de clínicas gerais odontológicas australianas, não encontrando na maioria delas registros de diagnóstico ou exame periodontal.

**BADER et al.** <sup>17</sup>, (1990), demonstraram que cursos de educação continuada em periodontia aplicados em dentistas poderiam melhorar significativamente os padrões de registros nas fichas clínicas. Este trabalho ressalta a importância de cursos de atualização em periodontia.

**CHEN** <sup>39</sup>, (1990), avaliando uma amostra de clínicos no estado do Texas, E. U. A., demonstrou que dentistas que liam mais revistas científicas odontológicas e/ou freqüentavam mais cursos de educação continuada, forneciam mais serviços preventivos e de diagnóstico. Da mesma forma, mais serviços preventivos e de diagnóstico eram prestados por dentistas que apresentavam maiores rendimentos.

### 3.3. Nos questionários:

Num levantamento (**HOMAN et al.** <sup>78</sup>, 1975) de uma amostra aleatória de clínicos gerais no Kentucky, E. U. A., através de questionário ou entrevista, calculou-se que os habitantes deste estado tinham apenas 55% de chance de visitarem um dentista que oferecesse serviços preventivos a todos seus pacientes. Outra questão que este estudo procurou avaliar foi a de que profissionais odontológicos não realizariam serviços clínicos preventivos em todos os pacientes por não serem completamente recompensados financeiramente. Dividindo-se a amostra em três grupos (completamente recompensados, parcialmente recompensados e não recompensados) observou-se não haver diferenças significativas entre os grupos, na oferta desses serviços preventivos. 66 por cento dos dentistas desta amostra classificaram seu curso de graduação em odontologia preventiva como "inadequado" e 67 por cento declararam haver necessidade de cursar futuramente cursos de educação continuada em odontologia preventiva.

Num levantamento da **AMERICAN SOCIETY OF PREVENTIVE DENTISTRY** <sup>6</sup> (1973), em 1972, 84 por cento dos dentistas responderam que não tinham um programa de controle de placa em seus consultórios. No levantamento do ano seguinte (1973) essa porcentagem abaixou para 68. Na época, 48 por cento dos respondentes achavam que não era possível controlar e prevenir doença periodontal.

**CROXSON** <sup>46</sup>, (1987), ao perguntar através de questionário anônimo sobre a posse de sonda periodontal a uma amostra de 227 dentistas néo-zelandeses, obteve 97 por cento de respostas positivas. Sobre a frequência do uso da sonda periodontal nos exames clínicos, obteve as seguintes respostas positivas em faixas etárias para uso rotineiro: 23 a 35 anos, 25 por cento; 36 a 45 anos, 19 por cento; 46 a 55 anos, 7 por cento; mais de 56 anos, 4 por cento. Uma média de 22 por cento dos pacientes recebiam exames periodontais. Apenas 12 por cento do tempo de trabalho clínico era usado em tratamentos periodontais. No mesmo estudo, ao questionar uma amostra de pacientes odontológicos, apenas 9 por cento responderam acreditar que tinham doença gengival e 11 por cento acreditavam que a causa de doenças gengivais era placa ou tártaro.

**CARVALHO** <sup>36</sup>, (1995b), entrevistou através de questionário anônimo uma amostra aleatória de 236 cirurgiões dentistas de Campinas, SP e região, com idade média de 32,5 anos. Ao perguntar se faziam uso de sonda periodontal rotineiramente obteve 37,40 por cento de respostas positivas. Ao perguntar sobre a porcentagem de doenças periodontais encontrada em seus pacientes no seu trabalho clínico, apenas 20,87 por cento da amostra responderam oitenta por cento e 5,52 por cento responderam em cem por cento dos pacientes.

### **3.4. No exame clínico de pacientes:**

**BECK et al.** <sup>24</sup>, (1984), analisando as condições periodontais de pacientes que relatavam visitas a seus dentistas a cada 6 meses, descobriram 41 por cento dos indivíduos com sangramento gengival, 50 por cento com depósitos de cálculo e 23 por cento com bolsas de 4 a 5 milímetros.

**BADER et al.** <sup>15</sup>, (1988), num levantamento das condições periodontais e necessidades de tratamento entre 1092 pacientes que freqüentavam regularmente clínicas odontológicas gerais, encontraram nesta amostra 35 por cento de pacientes com cálculo e 35 por cento com bolsas moderadas (4 a 5 mm.).

**COXHEAD** <sup>43</sup>, (1985), avaliando 50 pacientes com tratamento restaurador que se apresentaram para tratamento em sua clínica (nenhum havia sido indicado para tratamento periodontal), encontrou 471 restaurações subgingivais. Dessas, 360 (76 por cento) tinham sobrecontornos, onde a maioria destes (67,5 por cento) localizavam-se interproximalmente. Havia uma necessidade universal de tratamento periodontal no grupo dos 50 pacientes, com uma média de 24 bolsas por indivíduo. 90 por cento dos pacientes tinham restaurações com sobrecontornos e havia uma média de 14 restaurações com excesso marginal por pessoa. O autor concluiu que parte considerável das doenças periodontais eram causadas por uma seqüela iatrogênica do tratamento da cárie dental e que a doença periodontal havia sido ignorada nos tratamentos anteriores destes pacientes.

**LANGE** <sup>95</sup>, (1984), examinando 145 pacientes de 35 anos de idade, residentes da cidade de Münster, Alemanha, encontrou nestes 848 restaurações, sendo que 584 (68,9 por cento) com sobrecontornos interproximais. Neste mesmo grupo, **LANGE** encontrou 161 coroas unitárias, onde 78,3 por cento tinham sobrecontornos marginais interproximalmente. E ainda 165 pilares de próteses fixas com 81,8 por cento destes apresentando excessos marginais interproximais. 69 por cento dos pacientes relataram perceber sangramento gengival durante a higiene oral eventualmente. Segundo este autor, cada restauração, cada coroa é apenas um substituto incompleto da dentição natural, geralmente promovendo ou agravando a doença periodontal.

**PAGE** <sup>188</sup>, (1985), considerou que a redução da cárie dental deverá trazer paralelamente uma redução no número de restaurações defeituosas, diminuindo a possibilidade de doença periodontal.

### **3.5. Na utilização de pessoal auxiliar:**

O trabalho clínico da higienista dental parece ser melhor na prestação de serviços de diagnóstico periodontal que o do cirurgião dentista.

**HEINS et al.** <sup>76</sup>, (1989), encontraram 76 por cento de respostas positivas para o uso de sonda periodontal rotineiramente nas visitas de manutenção de pacientes adultos, numa amostra de 134 higienistas representando 134 clínicas odontológicas da Flórida, E. U. A.. Em 70 por cento destas clínicas a tarefa de diagnóstico periodontal, nas visitas de retorno, era designada à higienista dental.

**BROWN et al.** <sup>28</sup>, (1994a), acharam um número significativamente maior de registros de diagnósticos em fichas clínicas odontológicas onde higienistas trabalhavam quando comparadas com clínicas que não usavam higienistas.

**WEISS & DISERENS** <sup>148</sup>, (1980), compararam através de questionários o comportamento de 102 dentistas, 128 empregados da faculdade de odontologia (Columbia University School of Dentistry, New York, NY, E. U. A.), 71 higienistas, 116 estudantes de odontologia e 50 pacientes, em respeito a procedimentos básicos preventivos em saúde como fumar, uso de escova e fio dental, uso de cinto de segurança automobilístico e a prática de exercícios físicos. Apenas o grupo de higienistas mostraram uma significante compleição a pelo menos 4 de todas as medidas preventivas relacionadas no questionário.

### 3.6. No tempo utilizado:

Outros trabalhos estimam o tempo usado na terapia periodontal, dentro da clínica geral.

**BELLINI & GJERMO** <sup>25</sup>, (1973), observaram que terapia periodontal representava menos de três por cento do total da prestação de serviços odontológicos à população americana.

**DOUGLASS & DAY** <sup>51</sup>, (1979), analisando o gasto de pacientes com serviços odontológicos de clínicos gerais americanos, concluíram ser apenas 7,67 por cento do total para serviços preventivos (94 por cento destes em profilaxias) e somente 0,78 por cento para tratamento periodontal. Demonstraram ainda ser menos de 1 por cento do tempo total de trabalho, o tempo gasto em terapia periodontal por clínicos gerais.

**BAWDEN et al.** <sup>23</sup>, (1981), estimaram que clínicos gerais gastavam menos de dois por cento de seu tempo de trabalho tratando doença periodontal. Num outro levantamento (**UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES** <sup>138</sup>, 1980) foi avaliado que a quantidade de tempo que o clínico geral devotava ao tratamento periodontal permanecia constante em cinco por cento.

**LANGE** <sup>95</sup>, (1984), demonstrou que os gastos com tratamento periodontal pagos pelo sistema de seguro social alemão, representavam apenas 1,2 por cento do total, sendo apenas mais elevado que gastos com fraturas mandibulares (0,1 por cento).

**BUCKLEY** <sup>31</sup>, (1993), entrevistando por questionário 1200 dentistas irlandeses encontrou que apenas 17 por cento de seu tempo de trabalho clínico era gasto com prevenção e tratamento periodontal e somente 18 por cento usavam sonda periodontal rotineiramente.

### **3.7. No conhecimento do público:**

Outros trabalhos demonstram a confusão do público em geral no auto diagnóstico e na etiologia da doença periodontal.

**VOGAN** <sup>142</sup>, (1970), perguntou a uma amostra de 300 pessoas de 15 a 75 anos de idade se consideravam sangramento gengival durante a escovação como “normal” ou “doente”; obteve 71 por cento de respostas positivas para “normal”.

**HELÖE** <sup>77</sup>, (1972), comparando dados obtidos de entrevistas por questionários e exames clínicos, observou num grupo de 216 indivíduos entre 20 a 60 anos de idade, que todos apresentavam algum sintoma de doença periodontal. No entanto, ao responderem a pergunta “Você já teve alguma doença de gengiva (piorréia)?” apenas 25 por cento destes responderam afirmativamente.

**LINN** <sup>98</sup>, (1974), avaliou uma amostra de 105 pacientes entrevistados na faculdade de odontologia da *University of Pacific*, em San Francisco, E. U. A. Encontrou que nenhum dos pacientes recebera instruções de dentistas ou de pessoal auxiliar que fio dental removeria placa dental da superfície de seus dentes.



**MURTOMAA & AINAMO** <sup>105</sup>, (1977), entrevistando 732 finlandeses dentados com mais de 14 anos demonstraram que 10 por cento sabiam ter gengivite naquele momento. 57 por cento opinaram nunca ter tido gengivite. Entretanto, 20 por cento dos entrevistados tinham observado ter sangramento gengival recentemente. Os autores concluíram que em geral os finlandeses não compreendem sangramento gengival como sintoma de inflamação gengival.

**BRADY** <sup>27</sup>, (1984), examinando 1312 pacientes com doença periodontal encontrou que 79 por cento (1042) destes não tinham sido informados pelo último dentista de seus problemas periodontais.

**WOOLFOLK et al.** <sup>152</sup>, (1989), avaliando o conhecimento e as fontes de informação em odontologia de escolares americanos, demonstraram que mais de um terço das crianças achavam que placa poderia ser removida apenas por um dentista. As crianças relataram serem seus pais a primeira fonte de informações em odontologia e em segundo lugar estava o consultório odontológico. No entanto a maioria dos respondentes puderam definir "placa", identificar um sinal de doença periodontal, e reconhecer que a melhor maneira de evitar doenças gengivais era limpeza dental diária.

Por sua vez, **LANG et al.** <sup>91</sup>, (1989), avaliaram o conhecimento em saúde oral e atitudes entre professores escolares do estado de Michigan, E. U. A. 50 por cento da amostra respondeu não estar certa se doença periodontal poderia ser prevenida por vitaminas e luz do sol e 41 por cento não sabia se era um vírus que causava a doença. Apenas metade dos professores sabiam que "sangramento" era um sintoma da doença periodontal. Os autores concluíram que os conhecimentos em saúde oral dos professores eram "incompletos e imprecisos em alguns aspectos".

**LANGE** <sup>95</sup>, (1984), investigando uma amostra de 143 recrutas alemães de 20 anos de idade, encontrou que apenas 5 por cento da amostra tinha recebido instrução de higiene oral específica de seu dentista ou auxiliar odontológica.

**BADER et al.** <sup>16</sup>, (1989), avaliaram o conhecimento e as crenças de 1093 pacientes regulares de 36 clínicos gerais da Carolina do Norte, E. U. A., onde mais de um terço dos pacientes não sabiam que sangramento gengival era um sinal de doença. **KALLIO & AINAMO** <sup>82</sup>, (1986), demonstraram que o auto dia-

gnóstico baseado em sangramento gengival poderia ser usado como uma medida preventiva contra gengivite.

**KALLIO et al.** <sup>83</sup>, (1994), avaliaram as respostas de uma amostra de 1217 adolescentes finlandeses, se possuíam gengivite e/ou sangramento gengival. Encontraram um alto número de respostas positivas para “sangramento” mas um relativamente baixo número para “gengivite”. Os autores sugeriram que fosse dada preferência para o termo “sangramento gengival” ao termo “gengivite” durante o trabalho clínico em promoção de saúde bucal. Outros autores sugerem que, da mesma forma, a maioria das pessoas percebem que suas gengivas sangram mas não relacionam tal fato com ter gengivite (**AINAMO** <sup>2</sup>, 1972; **BAKDASH et al.** <sup>21</sup>, 1983; **LANGE** <sup>95</sup>, 1984; **SHANLEY & AHERN** <sup>122</sup>, 1984; **KALLIO & AINAMO** <sup>83</sup>, 1986), ou seja, sangramento gengival não é tido como o sintoma de uma doença pelo público em geral (**MURTOOMA & AINAMO** <sup>105</sup>, 1977; **BRADY** <sup>27</sup>, 1984; **GIFT** <sup>69</sup>, 1988).

Por outro lado **SCHAUB** <sup>120</sup>, (1984), relatou que alguns indivíduos acreditam que sangramento gengival é devido a escovar os dentes com força excessiva e que escovação reduzida resolveria o problema.

**BAKDASH et al.** <sup>21</sup>, (1983), avaliaram os resultados obtidos com uma campanha em saúde periodontal realizada no estado de Minnesota, E. U. A., através da transmissão de uma mensagem de trinta segundos, via televisão. Encontraram que das 786 pessoas que assistiram a mensagem, 90% (707) podiam recordar seu conteúdo.

**CARVALHO** <sup>36</sup>, (1995b), entrevistando uma amostra de 371 pacientes odontológicos da cidade de Campinas, SP, com idade média de 20,5 anos, perguntou se algum dentista já havia lhe dado orientação sobre sangramento gengival ou doenças de gengiva. Encontrou 58,5 por cento de respostas negativas.

### 3.8. Na área acadêmica:

Na literatura podem ser encontrados levantamentos das cargas horárias dentro do currículo odontológico.

**AYERS et al.** <sup>12</sup>, (1979), fizeram um levantamento em 51 faculdades de odontologia nos Estados Unidos e encontraram uma variação de 2 a 100 horas aula de ensino de odontologia preventiva. 50 por cento dos cursos de odontologia preventiva eram ministrados apenas no primeiro ano de faculdade, sugerindo uma ênfase no ensino didático e não clínico.

**BADER & KAPLAN** <sup>13</sup>, (1983), analisando diversos levantamentos das distribuições do tratamento odontológico, concluíram que a atenção primária do dentista está concentrada nos procedimentos restauradores. Esta conclusão está de acordo com a de outros autores (**STEENBERGHE** <sup>131</sup>, 1984; **CRAFT** <sup>45</sup>, 1984; **PILOT** <sup>110</sup>, 1984).

Dentistas e cientistas parecem conhecer mais sobre cáries e sua prevenção do que sobre doença periodontal (**GIFT et al.** <sup>67</sup>, 1985a; **SCHAUB** <sup>120</sup>, 1984). Em publicações de odontologia preventiva existem mais dados de cárie dental do que doença periodontal.

**GIFT** <sup>69</sup>, (1988), estimou que cerca de 10 por cento do currículo das faculdades odontológicas americanas é devotado à doença periodontal.

**SCHAUB** <sup>120</sup>, (1984), avaliou que 44 por cento dos dentistas holandeses possuíam nenhum ou mínimo treinamento em periodontia. A composição do currículo certamente estabelece a ênfase e as prioridades da profissão (**GIFT** <sup>67</sup>, 1985a; **KRESS** <sup>87</sup>, 1985).

**LANG et al.** <sup>88</sup>, (1977), examinando os índices de placa e gengival do corpo docente da faculdade de odontologia de Aarhus, Dinamarca (Royal Dental College), encontraram uma melhor qualidade de higiene oral e saúde gengival nos membros de departamentos cujo trabalho clínico estava centralizado na motivação dos pacientes em prevenção e conservação dos dentes.

Outros trabalhos chamam a atenção de alunos de odontologia e seus índices de placa e doença periodontal.

**TOLEDO et al.** <sup>137</sup>, (1975), examinaram 440 universitários estudantes de odontologia, encontrando uma prevalência de doença periodontal de 99,80 por cento.

Em 1978, **VERTUAN** <sup>141</sup> examinando 144 universitários dos cursos de odontologia e farmácia de Araraquara, encontrou mais da metade

(54,1%) da amostra necessitando de alguma recuperação protética, um CPOD médio de 16,1 e um elevado percentual (97,9%) de prevalência de doença periodontal. 75,2 por cento dos alunos de odontologia apresentavam alguma necessidade de tratamento odontológico, demonstrando o desinteresse pela própria saúde bucal dos futuros profissionais.

# MATERIAL e MÉTODOS

#### 4. Material e Métodos:

Inicialmente foi realizado um estudo piloto entre 33 alunos da Escola de Aperfeiçoamento Profissional da Associação de Cirurgiões Dentistas de Campinas. Foram testadas 24 perguntas e selecionadas as 13 mais relevantes; estas perguntas poderiam ser respondidas facilmente através de uma marca nas alternativas. (ANEXO 15).

As perguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11 tratam de procedimentos básicos de diagnóstico em periodontia. As perguntas 8, 9 e 10 envolvem procedimentos e conhecimento em terapia periodontal. A pergunta 12 é uma auto avaliação feita pelo cirurgião dentista em relação a seus conhecimentos em periodontia. A pergunta 13 abrange valores pessoais dados pelo cirurgião dentista a uma das mais importantes medidas terapêuticas preventivas em doença periodontal: a orientação da higiene bucal.

O questionário inclui perguntas sobre a unidade federal de procedência do cirurgião dentista, quando brasileiro, sexo, idade, ano de formatura e as opções assinaláveis **clínico geral** ou **especialista**.

Foram distribuídos questionários anônimos a uma amostra aleatória de cirurgiões dentistas clínicos, pessoalmente pelo autor deste estudo.

A princípio foram distribuídos 1500 questionários no estande da Colgate, no 17º Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo, realizado em 22 a 27 de janeiro de 1996. Obteve-se apenas 375 questionários preenchidos (25 por cento); foram excluídos alguns questionários respondidos por estudantes de odontologia. Com o objetivo de aumentar o número da amostra, foram recolhidos mais questionários entre cirurgiões dentistas alunos da Escola Paulista de Odontologia (Campinas, SP) e da Escola de Aperfeiçoamento Profissional da Associação de Cirurgiões Dentistas de Campinas, sendo que alunos dos cursos da área de periodontia foram excluídos.

Os dados foram coletados de janeiro a setembro de 1996.

Aos respondentes foi feita uma ligeira explicação do objetivo do questionário previamente. Solicitava-se sempre que o cirurgião dentista respondente fosse um clínico. Os dentistas podiam respondê-lo rapidamente (aproximadamente em 3 minutos). Portanto os questionários respondidos foram coletados de imediato.

Nenhuma medida foi feita para modificar questões não respondidas, deixadas em branco ou mais de uma ou duas opções assinaladas, conforme a questão permite. Estas foram determinadas como **não informaram (n i)**. Todos os resultados estatísticos portanto são baseados nas respostas encontradas nos questionários.

Os dados obtidos foram inseridos em programa de computador (Excel 5.0 for Windows - Microsoft<sup>1</sup>) com a finalidade de se fazer a planilha de cálculo.

Foram observadas as seguintes variáveis, classificadas conforme as categorias a seguir:

1) Área geográfica:

- A) Dentistas do estado de São Paulo.
- B) Dentistas de outros estados.

2) Ano de formatura:

- a) Grupo 1: formado há 1 a 5 anos.
- b) Grupo 2: formado há 6 a 15 anos.
- c) Grupo 3: formado há mais de 15 anos.

Segundo planejamento estatístico, foram utilizadas medidas de posição, porcentagens, tabelas e gráficos, segundo sua adequação.

---

<sup>1</sup> Microsoft Corporation, Califórnia, E. U. A..

# RESULTADOS



## 5. Resultados:

Foi obtida uma amostra total de 700 cirurgiões dentistas clínicos, respondentes dos questionários. Para os subgrupos **Estado de procedência**, houve ausência de 74 respostas quanto a origem estadual dos dentistas respondentes, havendo portanto um total de 626 cirurgiões dentistas no exame destes dois subgrupos. Para os subgrupos **Ano de formatura**, 11 dentistas não participaram seu ano de formatura, obtendo-se assim um total de 689 questionários respondidos, para os subgrupos 1, 2 e 3.

Deve-se observar assim, que o total percentual irá variar de acordo com os subgrupos em questão, ou seja,  $n = 700$ , quando estudada toda a amostra obtida;  $n = 626$  para os subgrupos Estado de procedência; e  $n = 689$  para os subgrupos tempo de formatura.

### 5.1. Perfil da amostra:

#### 5.1.1. Estado de procedência:

A distribuição do estado de procedência destes encontra-se descrita no APÊNDICE 1, sendo que há profissionais de quase todos os estados do Brasil. A maior parte da amostra declarou procedência do Estado de São Paulo, num total de 421 dentistas, representando 60,14 por cento do total da amostra e em segundo lugar, 77 profissionais do Estado de Minas Gerais, representando 11 por cento do total. 74 profissionais (10,57 %) não informaram seu estado de procedência.

Para análise a amostra será dividida nos subgrupos (TABELA 1):

**A:** dentistas procedentes do estado de São Paulo.

**B:** dentistas procedentes fora do estado de São Paulo.

**TABELA 1**  
**Perfil da amostra para os subgrupos Estado de Procedência (n= 626)**

Subgrupo	Número (626)	Percentual	Sexo (%)		n i*	Idade média (anos)
			M	F		
A	421	67,25	37,29	61,76	0,95	32,30
B	205	32,75	49,76	49,76	0,48	32,12

\*n i= não informaram o sexo.

**5.1.2. Idade:**

A idade dos respondentes do total da amostra variou entre 20 a 64 anos, sendo 32,7 anos a idade média.

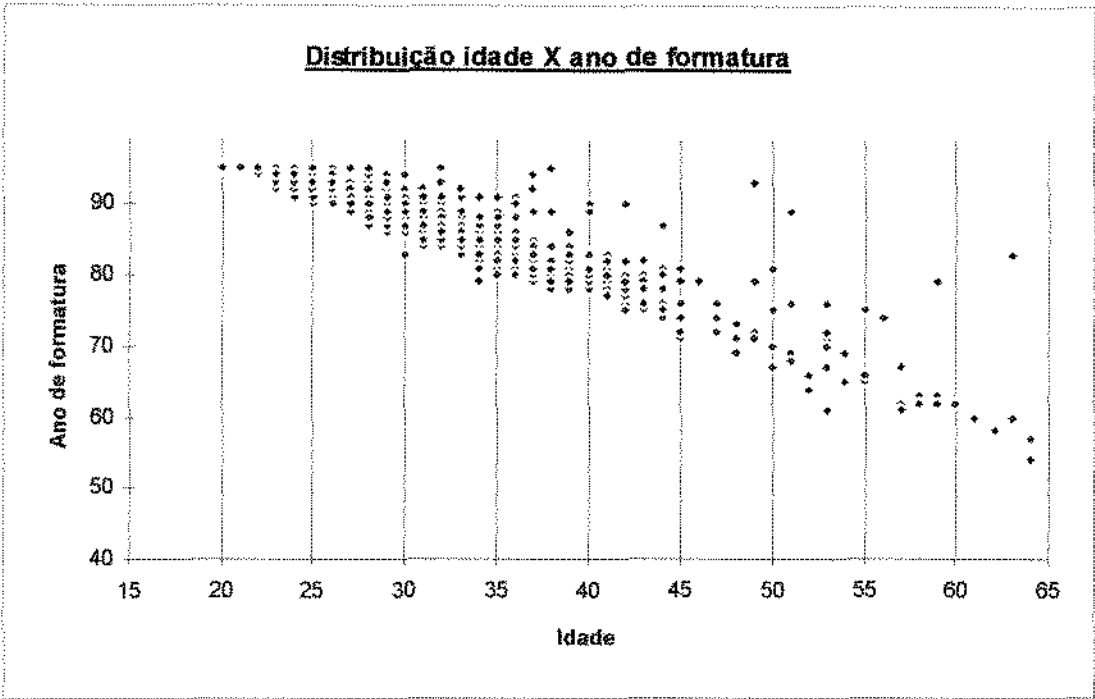
**5.1.3. Sexo:**

A amostra dividiu-se em 400 mulheres (57,14 por cento), 285 homens (40,71 por cento) e 15 respondentes que não informaram o sexo (2,14 por cento).

**5.1.4. Ano de formatura:**

Os profissionais mais novos da amostra graduaram-se em 1995, perfazendo um total de 60 dentistas e os mais velhos em 1954, sendo dois. O ano de formatura médio da amostra foi o de 1986. O GRÁFICO 1 mostra a distribuição da idade dos profissionais em função de seu ano de formatura.

GRÁFICO 1



A amostra será analisada em 3 subgrupos, segundo tempo de formatura:

- ① Profissionais formados há 5 anos (1995 a 1990).
- ② Profissionais formados de 6 há 15 anos (1989 a 1980).
- ③ Profissionais formados há mais de 15 anos (1979 a 1954).

A TABELA 2 expressa o perfil destes três subgrupos:

**TABELA 2**  
**Perfil da amostra para os subgrupos Tempo de formatura (n= 689)**

Subgrupo	Número (689)	Percentual	Sexo (%)		n i*	Idade média (anos)
			M	F		
1	301	43,69	34,55	65,12	0,33	26,20
2	273	39,62	42,14	57,14	0,72	34,09
3	115	16,69	55,65	41,74	2,61	46,59

\*n i= não informaram o sexo.

Estão excluídos da amostra total, nestes subgrupos, 11 (1,57 por cento) profissionais que não informaram seu ano de formatura.

5.1.5. Especialista ou clínico geral:

Do total da amostra, 161 (23 por cento) dos profissionais responderam ser especialistas, 520 (74,29 por cento) responderam como clínicos gerais e 19 (2,71 por cento) profissionais não informaram este dado.

A distribuição percentual dos especialistas e clínicos gerais entre os subgrupos, encontra-se na TABELA 3:

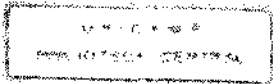
**TABELA 3**  
**Distribuição percentual de especialistas e clínicos gerais nos subgrupos**  
**Estado de procedência (n= 626) e Tempo de formatura (n= 689)**

	SUBGRUPOS		SUBGRUPOS		
	Estado de procedência		Ano de formatura		
	A n= 421	B n= 205	1 n= 301	2 n= 273	3 n= 115
Clinicos Gerais	76,72	74,64	90,03	68,13	53,91
Especialistas	21,85	23,90	8,31	30,40	45,22
Não informaram	1,43	1,46	1,66	1,47	0,87



5.2. Respostas:

As respostas serão apresentadas no formato de tabela-resposta para uma melhor visualização dos resultados. Gráficos referentes a cada questão estão em anexo no final deste trabalho.



1) Qual dos seguintes sintomas melhor caracterizaria a presença de doença periodontal inflamatória? (assinale apenas um)

Respostas (%)	Amostra total n= 700	SUBGRUPOS		SUBGRUPOS		
		Estado de Procedência n= 626		Ano de formatura n= 689		
		<u>A</u> 421	<u>B</u> 205	<u>1</u> 301	<u>2</u> 273	<u>3</u> 115
mobilidade dental	8,57	9,98	3,90	7,97	6,23	14,78
retração/recessão gengival	2,57	2,14	2,44	1,66	2,56	5,22
sangramento gengival a sondagem	80,00	80,28	83,42	84,05	81,32	67,83
cálculo/tártaro	4,86	4,04	6,34	3,99	6,23	3,48
NÃO INFORMARAM	4,00	3,56	3,90	2,33	3,66	8,70

2) Possui sonda periodontal milimetrada?

Respostas (%)	Amostra total n= 700	SUBGRUPOS		SUBGRUPOS		
		Estado de Procedência n= 626		Ano de formatura n= 689		
		<u>A</u> 421	<u>B</u> 205	<u>1</u> 301	<u>2</u> 273	<u>3</u> 115
SIM	93,72	94,06	95,12	98,67	92,31	84,35
NÃO	6,14	5,94	4,39	1,00	7,69	15,65
NÃO INFORMARAM	0,14	-	0,49	0,33	-	-

3) Utiliza sonda periodontal milimetrada rotineiramente no exame clínico de seus pacientes?

Respostas (%)	Amostra total n= 700	SUBGRUPOS		SUBGRUPOS		
		Estado de Procedência n= 626		Ano de formatura n= 689		
		<u>A</u> 421	<u>B</u> 205	<u>1</u> 301	<u>2</u> 273	<u>3</u> 115
SIM	55,14	53,68	59,02	63,12	50,91	44,35
NÃO	43,57	44,66	40,00	35,88	47,99	53,04
NÃO INFORMARAM	1,29	1,66	0,98	1,00	1,10	2,61

4) Na utilização da sonda periodontal milimetrada, você considera os lugares que apresentam sangramento gengival como doença periodontal?

Respostas (%)	SUBGRUPOS			SUBGRUPOS		
	Estado de Procedência n= 626			Ano de formatura n= 689		
	Amostra total n= 700	A 421	B 205	1 301	2 273	3 115
SIM	60,00	62,23	57,56	57,80	63,00	58,27
NÃO	35,57	34,68	36,59	39,87	32,97	31,30
NÃO INFORMARAM	4,43	3,09	5,85	2,33	4,03	10,43

5) Qual a porcentagem de doenças periodontais encontrada nos seus pacientes, aproximadamente?

Respostas (%)	SUBGRUPOS			SUBGRUPOS		
	Estado de Procedência n= 626			Ano de formatura n= 689		
	Amostra total n= 700	A 421	B 205	1 301	2 273	3 115
0	0,14	-	0,49	-	0,37	-
20%	12,29	11,13	12,68	11,30	11,72	17,39
40%	26,43	25,83	29,27	23,59	30,40	25,22
60%	27,86	28,91	25,37	31,89	26,01	20,87
80%	22,57	23,46	21,46	23,92	22,34	18,26
100%	2,00	2,84	-	2,99	1,10	1,74
não sei	5,86	4,98	7,80	4,65	6,59	6,96
NÃO INFORMARAM	2,86	2,84	2,93	1,66	1,47	9,57

6) Você registra rotineiramente doença periodontal na ficha clínica?

Respostas (%)	Amostra total n= 700	SUBGRUPOS Estado de Procedência n= 626		SUBGRUPOS Ano de formatura n= 689		
		<u>A</u> 421	<u>B</u> 205	<u>1</u> 301	<u>2</u> 273	<u>3</u> 115
SIM	73,86	73,16	73,66	72,76	73,63	77,39
NÃO	26,14	26,84	26,34	27,24	26,37	22,61

7) Faz radiografias para diagnóstico periodontal?

Respostas (%)	Amostra total n= 700	SUBGRUPOS Estado de Procedência n= 626		SUBGRUPOS Ano de formatura n= 689		
		<u>A</u> 421	<u>B</u> 205	<u>1</u> 301	<u>2</u> 273	<u>3</u> 115
SIM	72,86	71,73	73,65	73,76	72,16	72,17
NÃO	25,43	26,13	25,37	24,58	26,37	26,09
NÃO INFORMARAM	1,71	2,14	0,98	1,66	1,47	1,74

8) Qual a forma de tratamento periodontal que você mais utiliza? (assinale duas no máximo)\*

\*resultados apresentados como soma dos totais das respostas por grupo de forma de tratamento, quando assinaladas uma ou duas opções. Os resultados parciais das respostas como uma e duas opções apresentam-se no **ANEXO 14** e **APÊNDICE 2**.

Respostas (%)	Amostra total n= 700	SUBGRUPOS Estado de Procedência n= 626		SUBGRUPOS Ano de formatura n= 689		
		<u>A</u> 421	<u>B</u> 205	<u>1</u> 301	<u>2</u> 273	<u>3</u> 115
gingivectomia	8,72	8,32	7,81	8,63	7,70	8,70
retalho periodontal	3,85	4,04	3,41	5,32	3,67	-
ajuste oclusal	10,43	12,36	5,85	12,62	8,43	8,70
raspagem dental	71,85	74,12	68,28	80,73	68,50	55,66
todos	6,43	6,65	5,86	4,65	8,06	6,96
nenhum	-	-	-	-	-	-
indico para um especialista	38,71	34,93	48,78	32,22	43,23	45,22
NÃO INFORMARAM	4,57	4,51	5,37	3,65	5,13	6,09

9) Bochechos atingem placa dental... :

Respostas (%)	Amostra total n= 700	SUBGRUPOS Estado de Procedência n= 626		SUBGRUPOS Ano de formatura n= 689		
		<u>A</u> 421	<u>B</u> 205	<u>1</u> 301	<u>2</u> 273	<u>3</u> 115
Subgingival	3,43	3,33	2,93	3,97	1,47	6,09
Supragengival	77,57	78,61	79,51	79,42	79,85	69,56
Ambas	15,14	14,73	12,68	12,64	16,12	18,26
NÃO INFORMARAM	3,86	3,33	4,88	3,97	2,56	6,09



10) Receita com frequência medicamentos para tratamento da doença periodontal?

Respostas (%)	Amostra total n= 700	SUBGRUPOS Estado de Procedência n= 626		SUBGRUPOS Ano de formatura n= 689		
		A 421	B 205	1 301	2 273	3 115
SIM	59,85	63,90	53,66	61,13	56,78	62,61
NÃO	39,29	35,15	45,37	37,87	42,49	36,52
NÃO INFORMARAM	0,86	0,95	0,97	1,00	0,73	0,87

(X) Sim - Qual? (assinale apenas o mais frequentemente receitado)

\* apesar da solicitação que fosse assinalada apenas uma opção, foram encontradas várias respostas duplas para as últimas três opções na tabela seguinte.

Respostas (%)	Amostra total n= 419	SUBGRUPOS Estado de Procedência n= 379		SUBGRUPOS Ano de formatura n= 411		
		A 268	B 111	1 185	2 155	3 71
vitamina	-	-	-	-	-	-
anti-séptico	47,26	48,51	48,65	56,22	46,45	28,16
antiinflamatório	10,02	9,70	5,41	4,86	10,97	19,72
analgésico	0,24	0,37	-	0,54	-	-
antibiótico	10,02	8,58	15,32	10,81	9,68	9,86
NÃO INFORMARAM	11,93	10,82	10,81	8,11	11,61	21,13
anti-séptico & antibiótico	6,45	7,09	4,50	9,19	5,16	1,41
anti-séptico & antiinflamatório	11,69	11,94	11,71	8,65	13,55	12,68
anti-séptico & vitamina	2,39	2,99	3,60	1,62	2,58	7,04

11) Sangramento gengival durante a higiene bucal é sinal de doença periodontal?

Respostas (%)	Amostra total n= 700	SUBGRUPOS Estado de Procedência n= 626		SUBGRUPOS Ano de formatura n= 689		
		<u>A</u> 421	<u>B</u> 205	<u>1</u> 301	<u>2</u> 273	<u>3</u> 115
SIM	65,86	67,93	63,41	62,12	66,67	73,91
NÃO	32,43	31,12	33,66	35,55	31,87	25,22
NÃO INFORMARAM	1,71	0,95	2,93	2,33	1,46	0,87

12) Como você classificaria seus conhecimentos em periodontia?

Respostas (%)	Amostra total n= 700	SUBGRUPOS Estado de Procedência n= 626		SUBGRUPOS Ano de formatura n= 689		
		<u>A</u> 421	<u>B</u> 205	<u>1</u> 301	<u>2</u> 273	<u>3</u> 115
ótimos	2,29	2,38	0,98	1,66	2,20	4,35
bons	35,14	35,39	35,12	38,21	34,07	28,70
regulares	55,00	57,24	53,66	54,15	56,04	57,39
fracos	6,86	4,28	9,76	5,32	6,96	8,70
NÃO INFORMARAM	0,71	0,71	0,49	0,66	0,73	0,86

13) Ensinar corretamente métodos de higiene oral a seus pacientes é:

Respostas (%)	SUBGRUPOS Estado de Procedência n= 626			SUBGRUPOS Ano de formatura n= 689		
	Amostra total n= 700	<u>A</u> 421	<u>B</u> 205	<u>1</u> 301	<u>2</u> 273	<u>3</u> 115
muito importante	95,29	95,25	94,15	96,02	94,51	94,78
importante	3,29	3,33	3,90	2,99	3,30	4,35
pouco importante	-	-	-	-	-	-
nada importante	-	-	-	-	-	-
importante a alguns pacientes	1,14	1,19	1,46	0,66	1,82	0,87
NÃO INFORMARAM	0,28	0,23	0,49	0,33	0,37	-

# DISCUSSÃO

## 6. Discussão:

### 6.1. Amostra:

A amostra obtida abrange profissionais de diversas regiões do país, e 12 profissionais que declararam procedência estrangeira (**APÊNDICE 1**), sendo a maioria do estado de São Paulo (60,14 por cento).

Houve dificuldade na obtenção do questionário respondido. Durante a primeira fase da coleta de dados no 17º Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo, obteve-se apenas 25 por cento dos questionários distribuídos respondidos.

Há dados na literatura sugerindo que os dentistas em geral superestimam seus serviços clínicos ao responderem questionários, pois suas respostas quando comparadas às dos pacientes em respeito aos serviços que recebem, ou mesmo a registros em fichas clínicas, são muitas vezes exageradas (**VEHKALAHTI et al.** <sup>140</sup>, 1992; **BURT & EKLUND** <sup>32</sup>, 1992). É compreensível que ao responder um questionário desta natureza, embora tenha sido pedido em seu cabeçalho a veracidade nas respostas, os dentistas tenham tendência pela resposta “certa” e não pela que corresponda a sua realidade na clínica. Notou-se comum desinteresse e algumas vezes desagrado para responder o questionário, pela maioria dos cirurgiões dentistas.

Outra possibilidade é a atitude negativa no desejo de respondê-lo daqueles que desconhecem o assunto e a disposição daqueles que se atraem e conhecem melhor a área de periodontia. Portanto é de se acreditar que algumas respostas dadas pela amostra estejam superestimadas no sentido otimista.

Mais da metade da amostra foi obtida de profissionais que estavam na parte comercial de um congresso de odontologia e ainda um grupo que estava fazendo cursos de educação continuada. É possível que os resultados obtidos de profissionais que não se dirigem a cursos ou congressos fosse diferente (**CHEN** <sup>39</sup>, 1990). Acredita-se portanto que a amostra é de uma camada de profissionais mais seleta.

A idade média da amostra (32,7 anos) reflete um grupo relativamente jovem. Quando examinamos os subgrupos 1, 2 e 3 (**TABELA 2**) temos as respectivas idades médias de 26,20; 34,09 e de 46,59 anos. Podemos considerar tais

grupos de jovens profissionais, observando que o subgrupo 3 é composto por dentistas formados há mais de 15 anos. Fazendo parte da amostra há profissionais que declararam terem se formado em idade avançada como pode ser observado no **GRÁFICO 1**. No entanto, entre estes três subgrupos, a maioria é de profissionais formados há 5 anos (subgrupo 1, com 301 cirurgiões dentistas) e a minoria de profissionais formados há mais de 15 anos (subgrupo 3, com 115 cirurgiões dentistas), conforme a **TABELA 2**.

Quanto ao sexo, compõem-se a amostra total por uma maioria de mulheres (57,14 por cento) e uma minoria de homens (40,71 por cento). No subgrupo A, permanece a diferença; no entanto, no subgrupo B há uma distribuição igualizada por sexo (**TABELA 1**). Já no subgrupo 1, caracterizado pelos profissionais mais jovens, há uma distribuição aproximada de 2 mulheres para cada homem (**TABELA 2**), confirmando o que é observado nas faculdades de odontologia nos dias recentes. Essa proporção se altera, conforme observamos as distribuições por sexo nos subgrupos 2 e 3, onde há neste último uma maioria de homens (55,65 por cento) e uma minoria de mulheres (41,74 por cento).

Do total, 23 por cento dos profissionais declararam ser especialistas e 74,29 por cento, clínicos gerais. Quando comparados os subgrupos A e B não há diferenças significantes entre eles nas percentagens de especialistas e clínicos gerais. Já nos subgrupos 1, 2 e 3 há um aumento considerável de especialistas a medida que aumenta o tempo de formado destes dentistas (**TABELA 3**), sendo apenas 8,31 por cento o número de dentistas que declararam serem especialistas para o subgrupo 1; 30,40 por cento para o subgrupo 2 e 45,22 por cento para o subgrupo 3.

## 6.2. Respostas:

### ▣ 6.2.1. Questão 1: *Qual dos seguintes sintomas melhor caracterizaria a presença de doença periodontal inflamatória? (assinale apenas um)*

Uma significativa maioria de profissionais parece valorizar o exame clínico com sondagem periodontal diante de sangramento como a melhor característica da presença de doença periodontal inflamatória, dentre as opções **mobilidade dental**, **retração/recessão gengival** e a existência de **cálculo ou tártaro**.

Nos subgrupos “Ano de formatura” há uma tendência maior para respostas na opção **mobilidade dental** para o subgrupo 3 e da mesma forma um aumento perceptível de ausências de respostas - 2,33% para o subgrupo 1; 3,66% para o subgrupo 2 e 8,70% para o subgrupo 3. No subgrupo 3 há ainda o menor número de respostas para a opção **sangramento gengival a sondagem**. Composto por profissionais formados há mais tempo, é possível que estes resultados estejam relacionados aos antigos conceitos de trauma oclusal como fator etiológico da doença periodontal (GLICKMAN & SMULOW <sup>71</sup>, 1962).

Chama a atenção ainda uma maior quantidade de respostas para mobilidade dental no subgrupo A para a opção **mobilidade dental**, representando 9,98% das respostas e no subgrupo B apenas 3,90%. É difícil explicar a razão de tal diferença nesta amostra. Poderia-se supor que dentistas procedentes do estado de São Paulo enfatizam ou confundem mais o diagnóstico das doenças periodontais inflamatórias com mobilidade dental que dentistas fora do estado ou apenas ser um erro de amostragem.

Diversos livros texto descrevem as características clínicas da doença periodontal na sua cor, textura, forma e adesão à superfície dental. No entanto, estes são sinais clínicos muito subjetivos para o paciente observar e até mesmo para o clínico (CROXSON <sup>47</sup>, 1993). Vale ressaltar que a literatura científica atual é unânime quanto a necessidade do uso da sonda periodontal para a realização de um diagnóstico preciso de doença periodontal (GARNICK <sup>62</sup>, 1980; ROBINSON & RANDALL <sup>117</sup>, 1980; GREENSTEIN <sup>74</sup>, 1984).

Durante o exame clínico e utilização da sonda periodontal milimetrada, é esperado problemas como variação na pressão das forças de inserção, dificuldade de leitura acurada das graduações da sonda e penetração no tecido conjuntivo em estados de saúde ou doença (ARMITAGE, et al. <sup>7</sup>, 1977; LISTGARTEN <sup>99</sup>, 1980; LANG et al. <sup>90</sup>, 1986; LANG et al. <sup>93</sup>, 1991; LANG & TONETTI <sup>94</sup>, 1996). Entretanto, o critério de sangramento gengival a sondagem, como um indicador prognóstico da doença periodontal ou como indicador de atividade de doença, é limitado, mas ainda útil em pacientes nas fases de manutenção (LANG <sup>89</sup>, 1984; LANG et al. <sup>90</sup>, 1986; CHAVES et al. <sup>37</sup>, 1990; LANG et al. <sup>92</sup>, 1990; TOEUS et al. <sup>135</sup>, 1990; LANG et al. <sup>93</sup>, 1991; LANG & TONETTI <sup>94</sup>, 1996).

#### ☒ 6.2.2. Questão 2: *Possui sonda periodontal milimetrada?*

Apenas 6,14% dos profissionais do total da amostra declararam não possuir sonda periodontal milimetrada. Nos subgrupos “Ano de formatura” há um significativo aumento nas respostas negativas, proporcionalmente ao tempo de formado: subgrupo 1, 1,00%; subgrupo 2, 7,69%; e subgrupo 3, 15,65%. Os profissionais do subgrupo 1 provavelmente trazem ainda seu instrumental mais novo, exigido pelos cursos de graduação. Enquanto um número maior de profissionais formados há mais tempo tenderiam ao abandono do precioso instrumento, se alguma vez o possuíram.

Chama a atenção, o número significativamente menor de profissionais que **não informaram** a resposta, em relação a questão anterior, talvez por ser uma questão que não envolva conhecimento teórico.

#### ☒ 6.2.3. Questão 3: *Utiliza sonda periodontal milimetrada rotineiramente no exame clínico de seus pacientes?*

Quanto a utilização da sonda milimetrada periodontal rotineiramente no exame clínico, há um número alarmantemente alto de respostas negativas, se observarmos os altos índices de doença periodontal encontrados nos estudos epidemiológicos na literatura (TOLEDO <sup>136</sup>, 1964; AMERICAN ASSOCIATION OF



**PUBLIC HEALTH DENTISTS** <sup>4</sup>, 1983; **DOUGLASS et al.** <sup>52</sup>, 1983; **GJERMO et al.** <sup>64</sup>, 1983; **GJERMO et al.** <sup>65</sup>, 1984; **CHRISTENSEN et al.** <sup>40</sup>, 1984; **LÖE et al.** <sup>101</sup>, 1986; **SOCIEDADE BRASILEIRA DE PERIODONTOLOGIA** <sup>128</sup>, 1990; **FLORES-DE-JACOBY et al.** <sup>58</sup>, 1991; **OLIVER, et al.** <sup>107</sup>, 1991; **DINI & GUIMARÃES** <sup>50</sup>, 1994). O número de respostas negativas aumenta com o tempo de formado dos subgrupos.

Estes resultados são semelhantes aos encontrados por **CROXSON** <sup>46</sup>, (1987), que achou um alto percentual de respostas positivas para uma amostra de 227 dentistas neozelandeses quanto a posse da sonda periodontal, mas um baixo número de respostas positivas quanto a seu uso rotineiro. Da mesma forma, no estudo de **CROXSON**, quanto mais avançada a faixa etária do cirurgião dentista respondente, maior era o número de respostas negativas para a utilização rotineira de sonda periodontal no exame clínico.

Mesmo no subgrupo 1, onde há o maior percentual de respostas positivas (63,12 %), este número é preocupantemente baixo para profissionais recentemente formados.

Outra evidência do nível de conhecimento e importância dados a doença periodontal é a má qualidade de autos cuidados em higiene oral de acadêmicos (**TOLEDO et al.** <sup>137</sup>, 1975; **VERTUAN** <sup>141</sup>, 1978; **PEREIRA** <sup>109</sup>, 1989) e profissionais de odontologia (**WADE** <sup>144</sup>, 1972; **WEISS & DISERENS** <sup>148</sup>, 1980; **KRESS** <sup>87</sup>, 1984). Maior ênfase deveria ser dada no currículo odontológico à doença periodontal, seu diagnóstico, tratamento e prevenção, tanto em cursos de graduação quanto de educação continuada (**HOMAN et al.** <sup>78</sup>, 1975; **CARVALHO** <sup>34</sup>, 1995b).

Segundo **ARMITAGE** <sup>8</sup>, (1996), um exame oral não deve ser considerado completo a menos que inclua avaliação da condição periodontal do paciente. A informação coletada durante um exame clínico periodontal é essencial para determinar o diagnóstico e o prognóstico da dentição do paciente e para formular um plano de tratamento. Para serem considerados clinicamente competentes, todos os dentistas precisam dominar as habilidades necessárias para realizar um exame periodontal completo (**GARNICK** <sup>62</sup>, 1980; **COXHEAD** <sup>43</sup>, 1985).

☒ **6.2.4. Questão 4:** *Na utilização da sonda periodontal milimetrada, você considera os lugares que apresentam sangramento gengival como doença periodontal?*

Foram encontrados números semelhantes nestas respostas às da pergunta anterior.

O percentual mais elevado de respostas negativas encontra-se no subgrupo 1, aproximando-se de 40 por cento.

O termo **doença periodontal** é usado para descrever um grupo de doenças de maneira genérica, que afetam os tecidos periodontais (**AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY**<sup>3</sup>, 1986). Pode-se supor que uma parte dos profissionais não considere gengivite, que é uma patologia freqüente, identificada por sangramento gengival a sondagem, como **doença periodontal**, pois estes dados são contraditórios com as respostas da pergunta 1. Do contrário, supõem-se que parte considerável dos profissionais desta amostra, quando utilizam sonda periodontal milimetrada, não sabem distinguir através do exame, saúde e doença.

Pode-se observar um elevado número de ausência de respostas (10,43%) no subgrupo 3.

O reconhecimento precoce dos sinais de doença periodontal inflamatória é uma das bases fundamentais de sua prevenção (**BAKDASH & KEENAN**<sup>20</sup>, 1978).

Gengivite é o estágio mais precoce, perceptível clinicamente, de doença periodontal. Se público e dentistas não reconhecerem sangramento gengival como sintoma de gengivite, a doença não será tratada precocemente, sendo identificada apenas, provavelmente, nos seus estágios mais avançados, exigindo então tratamento especializado, maiores custos e resolução mais difícil com maiores possibilidades de seqüelas (**CARRANZA**<sup>34</sup>, 1986).

Para doença periodontal ser prevenida, tratada ou controlada, é necessário que o público e profissionais reconheçam quais são seus sintomas, para agir com altos cuidados, intervenção profissional, ou ambos (**BRADY**<sup>27</sup>, 1984; **GIFT**<sup>69</sup>, 1988; **CROXSON**<sup>47</sup>, 1993; **FISCHMAN**<sup>57</sup>, 1993). Profissionais da área odontológica possuem um papel chave na transmissão do conhecimento da patologia e da prevenção da doença periodontal.

A característica assintomática da doença periodontal dificulta que o paciente tenha conhecimento de sua existência (AINAMO <sup>2</sup>, 1972; BRADY <sup>27</sup>, 1984; RONIS et al. <sup>118</sup>, 1994). Talvez se a maior parte do público conhecesse melhor doença periodontal e reconhecesse sintomas simples como sangramento gengival na higiene oral como “doença”, haveria maior possibilidade da cobrança dos profissionais de odontologia em oferecerem mais serviços de diagnóstico e tratamento da doença periodontal (VOGAN <sup>142</sup>, 1970; AINAMO <sup>2</sup>, 1972; MARKKULA et al. <sup>103</sup>, 1977; BRADY <sup>27</sup>, 1984; KALLIO & AINAMO <sup>82</sup>, 1986; CROXSON <sup>46</sup>, 1987; GIFT <sup>69</sup>, 1988; RISE & SØGAARD <sup>116</sup>, 1988; BADER et al. <sup>16</sup>, 1989; TOEUS et al. <sup>135</sup>, 1990; BUCKLEY <sup>31</sup>, 1993; CROXSON <sup>47</sup>, 1993; KALLIO et al. <sup>83</sup>, 1994; CARVALHO <sup>36</sup>, 1995b).

LINN <sup>98</sup>, (1974), por sua vez demonstrou que a maior parte dos pacientes odontológicos não pedem informações a seus dentistas sobre cuidados caseiros e não reconhecem a necessidade de educação em saúde bucal.

Porém estudos avaliando programas educativos de saúde periodontal, manutenção, comportamento, auto-diagnóstico e atitudes preventivas vêm demonstrando bons resultados entre o público e pacientes odontológicos (KEGELES <sup>84</sup>, 1975; ZAMORA & NASCIMENTO <sup>153</sup>, 1978; TAN et al. <sup>132</sup>, 1981; HOGSTRATEN & MOLTZER <sup>79</sup>, 1983; FRANDSEN <sup>59</sup>, 1984; LINDHE & NYMAN <sup>97</sup>, 1984; WILSON <sup>151</sup>, 1984; RISE & SØGAARD <sup>116</sup>, 1988; BADER et al. <sup>15</sup>, 1988; GRAVES, et al. <sup>73</sup>, 1989; AXELSON et al. <sup>9</sup>, 1991; SHEIHAM <sup>124</sup>, 1992; LIMA <sup>96</sup>, 1993; WENNSTRÖM <sup>150</sup>, 1993). Da mesma forma, cursos de educação continuada em periodontia podem determinar um aumento significativo na provisão de serviços de diagnóstico, prevenção e tratamento da doença periodontal, realizados pelo clínico (SØGAARD <sup>130</sup>, 1988; BADER et al. <sup>17</sup>, 1990; BROWN et al. <sup>29</sup>, 1994b).

No entanto, a falta de concordância em respeito a patologia da doença periodontal e mecanismos preventivos da mesma, entre os clínicos, poderiam ser responsáveis pela confusão do público em geral (GIFT <sup>69</sup>, 1988; CARVALHO <sup>36</sup>, 1995b).

▣ **6.2.5. Questão 5:** *Qual a porcentagem de doenças periodontais encontrada nos seus pacientes, aproximadamente?*

Os menores percentuais de respostas desta questão estão nas opções **0** e **100%**. Os maiores encontram-se divididos nas opções **40%** e **60%**.

Segundo os mais diversos estudos epidemiológicos, a doença periodontal pode ser encontrada em todas as faixas etárias, apresentando formas mais severas com o avanço da idade do indivíduo (TOLEDO <sup>136</sup>, 1964; DARUGE <sup>49</sup>, 1964; LÖE et al. <sup>100</sup>, 1978; AMERICAN ASSOCIATION OF PUBLIC HEALTH DENTISTS <sup>4</sup>, 1983; GJERMO et al. <sup>64</sup>, 1983; BARNES <sup>22</sup>, 1984; CHRISTENSEN <sup>40</sup>, 1984; GJERMO et al. <sup>64</sup>, 1984; SHANLEY & AHERN <sup>22</sup>, 1984; SHEIHAM <sup>123</sup>, 1984; BRADY <sup>27</sup>, 1985; PAGE <sup>108</sup>, 1985; LÖE et al. <sup>101</sup>, 1986; BAILIT & BRAUN <sup>19</sup>, 1987; JOHNSON et al. <sup>81</sup>, 1988; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PERIODONTOLOGIA <sup>128</sup>, 1990; FLORES-DE-JACOBY et al. <sup>58</sup>, 1991; OLIVER et al. <sup>107</sup>, 1991; CROXSON <sup>47</sup>, 1993; DINI & GUIMARÃES <sup>50</sup>, 1994; SILVA et al. <sup>125</sup>, 1995).

As respostas poderiam, se realizado um diagnóstico correto, ser comumente encontradas nas opções **80%** e **100%**. No entanto o maior percentual de respostas para a opção **100%** é do subgrupo 1, com apenas 2,99% e o menor é zero, ou seja, nenhuma resposta para a opção **100%** no subgrupo B. Na opção **80%** encontramos o maior percentual de respostas no subgrupo 1 (23,92%) e o menor no subgrupo 3 (18,26%). Diante disto, podemos voltar a suposição de que parte dos dentistas da amostra não consideram gengivite como doença periodontal, ou certamente estarão, segundo suas respostas, subdiagnosticando a doença periodontal na sua clínica diária.

Nesta questão foi acrescentada a opção **não sei**, para distingui-la das respostas enquadradas como **não informaram**. O maior percentual para a opção **não sei** encontra-se no subgrupo B (7,80%) e o menor no subgrupo 1 (4,65%).

Há um índice elevado de ausência de informações no subgrupo 3 (9,57%) comparado aos outros subgrupos e amostra total (aproximadamente 2%).

☒ **6.2.6. Questão 6:** *Você registra rotineiramente doença periodontal na ficha clínica?*

Um fator que pode pressionar a profissão odontológica a uma maior atenção para a doença periodontal é o crescimento do número dos processos contra dentistas devido a falta de diagnóstico e tratamento da doença periodontal. (AMERICAN ASSOCIATION OF PUBLIC HEALTH DENTISTS <sup>4</sup>, 1983; NEWMAN et al. <sup>106</sup>, 1986; BAILEY <sup>18</sup>, 1987; REIFEIS <sup>115</sup>, 1990; BRUNICK <sup>30</sup>, 1991; BUCKLEY <sup>31</sup>, 1993; FERREIRA <sup>53</sup>, 1995).

Além da necessidade da realização de uma boa ficha clínica e planejamento de trabalho por escrito, devido ao aumento nos índices de processos contra cirurgiões dentistas e ao código de defesa do consumidor no Brasil, cada vez mais o cirurgião dentista necessita realizar uma melhor documentação de seus pacientes (FERREIRA <sup>53</sup>, 1995).

Existem diferenças percentuais muito pequenas nas respostas entre os subgrupos. Chama a atenção que todos os cirurgiões dentistas da amostra responderam esta questão, não existindo ausência de respostas. De todo o questionário, foi a única questão em que isto ocorreu, sendo novamente uma questão que não envolve conhecimento teórico.

MCFALL et al. <sup>104</sup>, (1988), na Carolina do Norte, E. U. A., encontrou em apenas 14,5 por cento de 2488 fichas clínicas de pacientes regulares, registros de profundidades de bolsas e em geral não havia informação suficiente para descrever o estado de saúde periodontal do paciente. Estes resultados são semelhantes com os de BROWN et al. <sup>28</sup>, (1994a), encontrados na Austrália.

Mesmo quando diagnosticada, é provável que os dados, fornecidos pelos próprios dentistas neste estudo, com uma resposta afirmativa ao redor de 73 por cento da amostra, seja incompatível com o que ocorre realmente na clínica diária destes profissionais.

VEHKALAHTI et al. <sup>140</sup>, (1986), analisando dados obtidos de fichas clínicas de 367 pacientes do serviço odontológico municipal (Helsinki, Finlândia), observou que exames de dentes e periodonto haviam sido adequadamente documentados. No entanto, o tratamento periodontal era insuficiente, não havendo correlação com os achados clínicos, demonstrando que mais da metade dos indivíduos com gengivite não haviam recebido qualquer tratamento periodontal. Este estudo de-

monstra que mesmo a doença periodontal sendo adequadamente documentada, pode não haver correlação com um tratamento apropriado.

#### ☒ 6.2.7. Questão 7: *Faz radiografias para diagnóstico periodontal?*

Exames radiológicos para diagnóstico e planejamento, e como documentação são altamente recomendados (REIFEIS <sup>115</sup>, 1990; FERREIRA <sup>53</sup>, 1995).

Exames dentais radiológicos são rotineiramente utilizados no diagnóstico periodontal para avaliar primeiramente o nível ósseo alveolar, espessura do ligamento periodontal, anatomia radicular, presença de lesões de cárie dental, lesões periapicais, margens de restaurações, cálculo subgengival e diversos tipos de patologias ósseas (GARCIA et al. <sup>61</sup>, 1979; RAMS et al. <sup>114</sup>, 1994). No entanto, radiografias para avaliar a doença periodontal frequentemente apenas confirmam a informação obtida de exames clínicos de profundidade de sondagem e níveis clínicos de inserção conjuntiva (GOODSON <sup>72</sup>, 1984).

Dados da literatura sugerem que exames radiológicos de diagnóstico periodontal podem ainda ser úteis na detecção de periodontite juvenil em saúde pública e como auxiliar valioso para se estimar atividade de doença em sítios interproximais nos pacientes sob manutenção (GJERMO et al. <sup>65</sup>, 1984; RAMS et al. <sup>114</sup>, 1994).

Os resultados são semelhantes aos da pergunta anterior, porém com algumas ausências de respostas. Resta saber se é uma verdade na clínica diária e se é um procedimento de rotina. Se radiografias para exame periodontal fossem rotineiramente realizadas não deveriam haver tantos erros de diagnóstico.

Novamente encontramos nesta questão baixos percentuais de respostas do tipo **não informaram**.

☒ **6.2.8. Questão 8:** *Qual a forma de tratamento periodontal que você mais utiliza? (assinale duas no máximo)*

Sendo uma questão com escolha permitida para uma ou duas opções, analisaremos as opções da forma de tratamento somadas num total por grupo, mesmo quando forem assinaladas duas opções. Os resultados desta questão encontram-se descritos na tabela-resposta da questão 8, no **ANEXO 14** e no **APÊNDICE 2**.

Há um percentual maior de respostas para a opção **raspagem dental**. Nesta opção há um percentual de respostas mais elevado no subgrupo 1 (80,73%) e menor no subgrupo 3 (55,66%).

**CARRANZA** <sup>34</sup>, (1986), e diversos outros autores relataram que o clínico geral é o profissional que lida com a maior parte dos problemas odontológicos e isto deveria incluir o reconhecimento, o tratamento e a prevenção das doenças periodontais. Certamente, isto não quer dizer que todos os clínicos gerais estariam capacitados de tratar as formas mais avançadas e os casos mais complicados (**WAERHAUG** <sup>145</sup>, 1980; **JEFFCOAT** <sup>80</sup>, 1993; **SMALES** <sup>127</sup>, 1993). No entanto, diversos estudos na literatura sugerem que o tratamento periodontal básico conservador, compreendendo raspagem e alisamento radicular, podem na maioria dos casos renderem resultados comparáveis com outros métodos cirúrgicos mais complexos (**LANG** <sup>89</sup>, 1984; **COXHEAD** <sup>43</sup>, 1985; **RAMFJORD** <sup>112</sup>, 1987a; **AXELSON et al.** <sup>9</sup>, 1991; **WENNSTRÖM et al.** <sup>150</sup>, 1993).

Segundo diversos estudos encontrados na literatura, a técnica cirúrgica ou não, empregada na terapêutica da doença periodontal, não é fator determinante para a obtenção e manutenção de saúde (**LANG** <sup>89</sup>, 1984; **RAMFJORD** <sup>112</sup>, 1987b; **LIMA** <sup>96</sup>, 1993).

A segunda opção mais freqüentemente assinalada foi **indico para um especialista** com o elevado percentual de 48,78% para o subgrupo B e um menor para o subgrupo A (34,93%), sugerindo aparentemente que dentistas procedentes fora do estado de São Paulo utilizariam mais os serviços de periodontistas. Há um aumento no número percentual de respostas para os subgrupos 1 (32,22%), 2 (43,23%) e 3 (45,22%), demonstrando haver uma tendência de dentistas com maior tempo de formado utilizarem mais os serviços de periodontistas.

Na opção **gingivectomia**, há percentuais de respostas com pouca diferença entre os subgrupos, ao redor de 8 por cento.

Não houve respostas para a opção **nenhum**. Em seguida, a opção **retalho periodontal** oferece os menores percentuais de respostas, chegando a zero, ou seja, nenhuma resposta no subgrupo 3.

Há diferenças na opção **ajuste oclusal** para os subgrupos A (12,36%) e B (5,85%). Voltando a questão 1, poderemos verificar que na opção **mobilidade dental**, como sintoma que melhor caracterizaria a doença periodontal, os percentuais de respostas para o subgrupos A e B foram 9,98 por cento e 3,90 por cento, respectivamente, confirmando provavelmente tais diferenças na questão 8.

Na opção **todos** (utiliza todas as formas de tratamento) há percentuais relativamente baixos e variados, sendo o menor de 4,65 por cento para o subgrupo 1 e o maior 8,06% para o subgrupo 2. Talvez, neste subgrupo, encontrem-se alguns periodontistas.

Falta nesta questão uma opção de medida terapêutica extremamente valiosa no tratamento e prevenção da doença periodontal: a instrução de higiene oral. Como esta é considerada uma medida de altíssimo valor na terapêutica odontológica e não somente periodontal, não foi incluída nesta questão. No entanto, alguns trabalhos sugerem não ser prática tão comum na profissão odontológica (AMERICAN SOCIETY OF PREVENTIVE DENTISTRY <sup>6</sup>, 1973; HOMAN <sup>78</sup>, 1975; CRAFT & SHEIHAM <sup>44</sup>, 1976; AYERS et al. <sup>12</sup>, 1979; DOUGLASS & DAY <sup>51</sup>, 1979; AMERICAN ASSOCIATION OF PUBLIC HEALTH DENTISTS <sup>4</sup>, 1983; BADER & KAPLAN <sup>13</sup>, 1983; HOOGSTRATEN & MOLTZER <sup>79</sup>, 1983; FRANDSEN <sup>59</sup>, 1984; LANGE <sup>95</sup>, 1984; SHEIHAM <sup>123</sup>, 1984; AYER & CORAH <sup>11</sup>, 1985; GIFT <sup>68</sup>, 1985b; KRESS <sup>87</sup>, 1985; BADER et al. <sup>14</sup>, 1987; CROXSON <sup>46</sup>, 1987; BADER et al. <sup>15</sup>, 1988; WEINSTEIN et al. <sup>146</sup>, 1989; WOOLFOLK et al. <sup>152</sup>, 1989; ABRAHAM et al. <sup>1</sup>, 1990; BADER et al. <sup>17</sup>, 1990; CHEN <sup>39</sup>, 1990; VEHKALAHTI, et al. <sup>140</sup>, 1992; FISCHMAN <sup>57</sup>, 1993; CARVALHO <sup>36</sup>, 1995b).

WEINSTEIN et al. <sup>146</sup>, (1989), assinalou que uma importante barreira para o clínico executar uma eficiente instrução de higiene oral é a frustrante observação dela ser, na maioria dos casos, ineficaz a longo prazo. Trabalhos mais recentes da literatura sugerem a possibilidade de intervenção psicológica em pacientes com pouca motivação (WEINSTEIN et al. <sup>147</sup>, 1996), principalmente se obser-



varmos os diversos estudos relacionando doença periodontal com a porção emocional dos pacientes (SILVA <sup>125</sup>, 1995).

Por outro lado, a maior parte do público não sabe que a odontologia moderna pode prevenir a grande maioria dos problemas dentais, reduzindo a necessidade e custos de tratamento odontológico (VOGAN <sup>142</sup>, 1970; LINN <sup>98</sup>, 1974; CHEN & RUBINSON <sup>38</sup>, 1982; CROXSON, <sup>46</sup> 1987). O público parece conhecer melhor cárie dental que doença periodontal (AINAMO <sup>2</sup>, 1972; MARKKULA et al. <sup>103</sup>, 1977).

Diversos trabalhos da literatura mostram que muitas outras medidas preventivas simples, como recomendação de fluoterapia, orientação em dieta, ou uso de selantes, não são rotineiramente feitas por dentistas (AMERICAN SOCIETY OF PREVENTIVE DENTISTRY <sup>6</sup>, 1973; GIFT <sup>66</sup>, 1975; KEGELES <sup>84</sup>, 1975; FIELDS et al. <sup>54</sup>, 1980; AMERICAN DENTAL ASSOCIATION <sup>5</sup>, 1984; CHEN <sup>39</sup>, 1990; SERRANO et al. <sup>121</sup>, 1990; WALMSLEY et al. <sup>143</sup>, 1990; VEHLAHTI et al. <sup>140</sup>, 1992; CARVALHO <sup>36</sup>, 1995b).

#### ☒ 6.2.9. Questão 9: Bochechos atingem placa dental... :

Uma ampla maioria de profissionais optou pela resposta certa: placa **supragengival**. Na opção **subgengival** temos um maior percentual de respostas no subgrupo 3 (6,09%) e um menor no subgrupo 2 (1,47%). Podemos observar também um menor percentual de ausência de respostas (**não informaram**) para o subgrupo 2 (2,56%) e um maior para o subgrupo 3 (6,09%). O menor índice para a opção **supragengival** encontra-se também no subgrupo 3 (69,57%) sendo que existe pequenas diferenças entre os percentuais dos outros subgrupos. Na opção **ambas**, novamente o percentual de respostas mais elevado encontra-se no subgrupo 3 (18,26%) e seguidamente no subgrupo 2 (16,12%). Há pouca diferença entre os percentuais de respostas dos subgrupos A e B.

De fato, a literatura mostra que bochechos não interferem com a placa subgengival (WENNSTRÖM & LINDHE <sup>149</sup>, 1985); e controle mecânico da placa supragengival não altera a placa subgengival (KHO <sup>86</sup>, 1985), apesar

das duas formas terapêuticas reduzirem gengivite (FINKELSTEIN et al.<sup>56</sup>, 1990); sendo um conhecimento terapêutico básico para qualquer cirurgião dentista.

☒ **6.2.10. Questão 10:** *Receita com freqüência medicamentos para tratamento da doença periodontal?*

A terapêutica medicamentosa em periodontia, principalmente no âmbito da antibióticoterapia, vem cada vez mais sendo comumente utilizada (LOESCHE<sup>162</sup>, 1996).

Temos respostas na opção **sim** ao redor de 60 por cento. O maior percentual de respostas negativas encontra-se no subgrupo B (45,37%), seguido do subgrupo 2 (42,49%), enquanto o menor está no subgrupo A (35,15%). Novamente vemos aqui alguma diferença de filosofia de tratamento entre estes dois subgrupos.

Mais uma vez, um baixo percentual de respostas do tipo **não informaram**, chegando ao máximo de 1 por cento no subgrupo 1.

☒ **6.2.11. Questão para quem assinalou sim na pergunta anterior:** *Qual? (assinale apenas o mais freqüentemente receitado)*

Nos resultados, embora tenha-se solicitado ao clínico que assinalasse apenas o medicamento mais receitado, foram encontradas muitas respostas duplamente assinaladas para: **anti-séptico e antibiótico** (6,45%); **anti-séptico e antiinflamatório** (11,69%); **anti-séptico e vitamina** (2,39%), na amostra total, para quem assinalou na pergunta anterior a opção **sim**.

A opção **vitamina** isoladamente não foi assinalada por ninguém, porém houve um percentual relativamente alto de respostas no subgrupo 3 para a associação **anti-séptico e vitamina** (7,04%) e um baixo percentual, no mesmo subgrupo, para a associação **anti-séptico e antibiótico** (1,41%). Já no subgrupo 1, esta última associação, atingiu um percentual de 9,19% de respostas.

Na opção de respostas **antibiótico**, há diferenças marcantes entre os subgrupos A e B, respectivamente 8,58% e 15,32%. Já nas opções **anti-séptico**; **analgésico**; **não informaram**; **anti-séptico e antibiótico**; **anti-séptico e antiinflamatório**; e **anti-séptico e vitamina** há diferenças percentuais mínimas entre estes dois grupos.

Há um relativamente elevado percentual de ausência de respostas no subgrupo 3 (21,13%).

Dos 419 dentistas representando o total nesta pergunta, apenas 0,24% assinalaram a opção **analgésico**, talvez pela própria característica indolor da maioria das doenças periodontais. No entanto, na opção **antiinflamatório** observa-se um percentual de respostas de 10,02%, com diferenças entre todos os subgrupos. Há progressão no número percentual de respostas para o subgrupos **Ano de formação** (subgrupo 1 - 4,86%; subgrupo 2 - 10,97%; subgrupo 3 19,72%). Parece portanto haver uma tendência, nos profissionais com maior tempo de formado, utilizarem mais de fármacos com propriedades antiinflamatórias na terapêutica periodontal. Isto pode ser o reflexo de uma filosofia de tratamento de sintomas ou de conseqüências e não de fatores etiológicos da doença ou de suas causas.

Na opção **anti-séptico**, há regressão no número percentual de respostas para dentistas formados há mais tempo (subgrupo 1 - 56,22%; subgrupo 2 - 46,45%; subgrupo 3 - 28,16%), sugerindo que dentistas formados recentemente utilizam mais anti-sépticos na terapêutica periodontal. Seria interessante ainda saber entre estas respostas, se há diferenças entre as formulações de anti-séptico preferidas pelos clínicos. Se analisarmos em conjunto as respostas **anti-séptico**; **anti-séptico e antibiótico**, que representam medicamentos voltados ao controle do fator etiológico placa bacteriana, podemos observar a tendência na maior utilização para dentistas formados há menos tempo.

☒ **6.2.12. Questão 11:** *Sangramento gengival durante a higiene bucal é sinal de doença periodontal?*

Sintomas perceptíveis são uma variável fundamental em estudos de saúde por serem determinantes em relação à auto cuidados e a busca de tratamento profissional pelos pacientes (AYER <sup>10</sup>, 1981; GIFT <sup>67</sup>, 1985a).

A literatura mostra haver muita confusão entre o público e a falta de associação no que diz respeito a ter doença periodontal e sangramento gengival (AINAMO <sup>2</sup>, 1972; HELÖE <sup>77</sup>, 1972; LINN <sup>98</sup>, 1974; MARKKULA et al. <sup>103</sup>, 1977; MURTOMAA & AINAMO <sup>105</sup>, 1977; BAKDASH & KEENAN <sup>20</sup>, 1978; GLAVIND & ATTSTROM <sup>70</sup>, 1979; LANGE <sup>95</sup>, 1984; KALLIO & AINAMO <sup>82</sup>, 1986; CROXSON <sup>46</sup>, 1987; GIFT <sup>69</sup>, 1988; RISE & SÖGAARD <sup>116</sup>, 1988; BADER et al. <sup>16</sup>, 1989; LANG et al. <sup>91</sup>, 1989; TOEUS <sup>135</sup>, 1990; CROXSON <sup>47</sup>, 1993; KALLIO et al. <sup>83</sup>, 1994).

É interessante notar que os resultados desta questão são contraditórios com os das questões anteriores se observarmos os subgrupos 1, 2 e 3. No subgrupo 3 temos a menor porcentagem de respostas do tipo **não informaram** (0,87%), a menor porcentagem de respostas negativas (25,22%) e a maior porcentagem para respostas positivas (73,91%). A menor porcentagem de respostas positivas encontra-se no subgrupo 1 (62,12%) e também a maior de respostas negativas (35,55%). Novamente, estariam os dentistas renitentes em considerar gengivite como uma doença periodontal? Aparentemente há uma tendência de profissionais com maior tempo formado estarem mais aptos a considerar um sintoma chave como o sangramento gengival na higiene oral, como diagnóstico de doença periodontal.

Estes dados são alarmantes se considerarmos que dentistas são profissionais fundamentais na transmissão de conhecimentos de saúde bucal (BRADY <sup>27</sup>, 1984; GIFT <sup>69</sup>, 1988; CROXSON <sup>47</sup>, 1993; FISCHMAN <sup>57</sup>, 1993), e que muitos profissionais, recentemente formados, não associam sangramento gengival e doença periodontal.

Aparentemente o treinamento do cirurgião dentista é essencialmente técnico e maior valor é dado à realização de procedimentos técnicos (BADER & KAPLAN <sup>13</sup>, 1983; STEENBERGHE <sup>131</sup>, 1984; CRAFT <sup>45</sup>, 1984; PILOT <sup>110</sup>, 1984; AYER & CORAH <sup>11</sup>, 1985). Isso pode refletir em parte a falta de uma noção

melhor da natureza das doenças crônicas; a característica das doenças agudas ainda domina o pensamento profissional (**BURT & EKLUND** <sup>32</sup>, 1992). A orientação e a competência profissional curativista que os cirurgiões dentistas recebem durante os anos de faculdade, visando tratar nichos de doença, pode ter pouca relação com a orientação e competência necessárias para se promover prevenção de doenças bucais ou mesmo educação do público (**AYER & CORAH** <sup>11</sup>, 1985; **BURT & EKLUND** <sup>32</sup>, 1992). Doenças de caráter crônico como as cardiovasculares, câncer e odontológicas são de origem comportamental, representam altos custos em saúde pública e poderiam ser prevenidas ou melhor controladas mudando-se o comportamento humano e promovendo-se estilos de vida mais compatíveis com saúde (**AYER & CORAH** <sup>11</sup>, 1985).

Outros exames úteis preventivos e de diagnóstico, como tomada de pressão arterial, parecem não ser rotina da prática odontológica (**RAMPRASAD et al.** <sup>111</sup>, 1984).

Atitudes preventivas em geral como usar cinto de segurança, praticar exercícios físicos regularmente e não fumar também não são hábitos amplamente realizados pelos dentistas (**CRAFT & SHEIHAM** <sup>44</sup>, 1976; **WEISS & DISERENS** <sup>148</sup>, 1980; **TELIVUO et al.** <sup>134</sup>, 1992; **CARVALHO** <sup>35</sup>, 1995a; **HALLING et al.** <sup>75</sup>, 1995). Trabalhos comparativos com higienistas dentais e mesmo auxiliares odontológicas mostram que é dado um ênfase maior em prevenção na profissão e atitudes pessoais pelas higienistas e auxiliares do que pelos dentistas (**CRAFT & SHEIHAM** <sup>44</sup>, 1976; **WEISS & DISERENS** <sup>148</sup>, 1980; **CARPAY et al.** <sup>33</sup>, 1990; **TELIVUO et al.** <sup>133</sup>, 1991; **HALLING et al.** <sup>75</sup>, 1995), demonstrando que a orientação profissional destas está mais voltada à atividade preventiva e de promoção de saúde. **BROWN et al.** <sup>28</sup>, (1994a), demonstrou que há um aumento significativo em serviços de diagnóstico e prevenção quando o trabalho do clínico é associado ao de higienistas dentais.

Como profissionais promotores de saúde, tais dados nos levam a reconhecer que em geral, o treinamento dos cirurgiões dentistas é muito deficiente quanto a valores de custo/benefício e mesmo do conceito de saúde em amplo sentido.

Sangramento gengival em pacientes periodontais, pode ser melhor identificado durante a higiene oral. No trabalho de **MURTOMAA & AINAMO** <sup>105</sup>, (1977), onde apenas 20 por cento dos pacientes entrevistados tinham observado ter sangramento gengival recentemente, 81 por cento destes perceberam tal sinal

durante a escovação dental, 5 por cento durante a alimentação, 2 por cento durante o sono e 4 por cento das mulheres durante a gravidez.

☒ **6.2.13. Questão 12:** *Como você classificaria seus conhecimentos em periodontia?*

A maioria dos dentistas optou por **regulares**. Talvez seja uma resposta às dúvidas que surgiram durante os poucos minutos usados, normalmente, para responder o questionário. Isto pode significar ainda a percepção da necessidade de conhecer melhor o assunto.

O maior percentual para a opção **ótimos** encontra-se no subgrupo 3 (4,35%) e o menor no subgrupo B (0,98%). O subgrupo B possui também o maior percentual para a opção **fracos** (9,76%) seguido pelo subgrupo 3 (8,70%). Contrastando com a humildade do subgrupo B, o menor percentual para **fracos** encontra-se no subgrupo A (4,28%). O menor percentual para **bons** está no subgrupo 3 (28,70%) e o maior no subgrupo 1 (38,21%).

☒ **6.2.14. Questão 13:** *Ensinar corretamente métodos de higiene oral a seus pacientes é:*

Quase o total da amostra optou por  **muito importante**, demonstrando que orientação em higiene oral é amplamente valorizada pelos profissionais deste estudo. As opções **pouco importante** e **nada importante** não tiveram respostas. Na opção **importante**, temos o mais elevado número percentual no subgrupo 3 (4,35%) e o menor no subgrupo 1 (2,99%). Na opção **importante a alguns pacientes** temos baixos percentuais de respostas, sendo o mais elevado no subgrupo 2 (1,82%) e o menor no subgrupo 1 (0,66%). Convém lembrar que o fato de dar importância ao ensino de uma correta higiene oral não necessariamente implica que os profissionais o façam. (AMERICAN SOCIETY OF PREVENTIVE DENTISTRY <sup>6</sup>, 1973; LINN <sup>98</sup>, 1974; BAWDEN <sup>23</sup>, 1981; LANGE <sup>95</sup>, 1984; FRANDSEN <sup>60</sup>, 1985; GIFT <sup>67</sup>, 1985a).

### 6.3. Discussão geral:

Mudanças, progresso e evolução não ocorrem numa profissão num único passo (BURT & EKLUND<sup>32</sup>, 1992). É provável que a utilização da sonda periodontal universalmente e que o reconhecimento de sangramento gengival como sintoma patológico por todos os clínicos ainda leve anos para se efetivar.

Somado a isso, um conhecimento melhor de patologia periodontal e sua prevenção requer um amplo e longo trabalho em educação ao público através de campanhas de esclarecimento.

Programas simplificados de diagnóstico periodontal e com uma distribuição bem elaborada entre dentistas e a população, como o caso do PSR<sup>2</sup> nos Estados Unidos (CONDE et al.<sup>42</sup>, 1996), possivelmente obterão sucesso considerável sendo recomendável planejamento semelhante para o Brasil.

As questões que não envolveram conhecimento teórico tiveram os mais baixos percentuais de respostas do tipo **não informaram**.

Respostas às questões sobre sangramento gengival a sondagem foram em certo aspecto, contraditórias. 55,14% dos cirurgiões dentistas desta amostra relatou uso rotineiro da sonda periodontal milimetrada no exame clínico apesar de uma grande maioria (80,00%) ter escolhido no questionário, **sangramento gengival a sondagem** como opção dentre outras três, como melhor característica de doença periodontal inflamatória. No entanto apenas 60,00% do total da amostra respondeu **sim** quanto a considerar como doença periodontal os “lugares” que apresentam sangramento gengival a sondagem. E ainda apenas 65,86% dos cirurgiões dentistas da amostra responderam afirmativamente em relação a sangramento gengival durante a escovação ser sinal de doença periodontal.

Em muitas respostas as diferenças percentuais foram insignificantes entre os subgrupos, e muitos outros estudos são necessários para identificar melhor o comportamento do cirurgião dentista brasileiro frente à periodontia e a odontologia nas suas diversas especialidades. Com um conhecimento melhor deste perfil, estaremos mais capacitados de identificar as necessidades de conhecimento científico e terapêuticas e elaborar programas estratégicos para mudança de comportamento do profissional, beneficiando assim, a classe odontológica e a população que faz uso dela.

Sistemas padronizados de exame periodontal para a estimativa da necessidade de terapia periodontal interceptante ou preventiva podem ser muito úteis, simples e de fácil aplicação (BELLINI & GJERMO <sup>25</sup>, 1973).

A "American Academy of Periodontology" desenvolveu em 1992 um sistema de triagem de pacientes com doenças periodontais, chamado de "PSR<sup>±</sup> - Periodontal Screening & Recording" de rápida execução e registro simplificado (CONDE et al. <sup>42</sup>, 1996). O programa de lançamento do PSR<sup>±</sup> nos Estados Unidos envolveu três etapas básicas: 1) Distribuição e envolvimento entre especialistas em periodontia. 2) Divulgação do sistema através da American Academy of Periodontology e American Dental Association entre dentistas de todas as especialidades, com a orientação clara de que fosse utilizado rotineiramente em todos os pacientes de consulta e em todos os exames de manutenção. 3) Divulgação através dos meios de comunicação de massa, com o objetivo de conscientizar o público a buscar exames periodontais rotineiros, fase na qual o programa se encontra atualmente (1996).

Talvez a padronização de exames de diagnóstico em periodontia, fichas clínicas e tipo de sonda periodontal usada associados ao conhecimento, conscientização e conseqüentemente cobrança do público para que seja realizado um exame periodontal adequado, seja o caminho a ser seguido para diminuir ou talvez eliminar, em muitas situações, a negligência profissional em periodontia.

Se a literatura científica demonstra claramente que pouca atenção é dada à prevenção, diagnóstico, tratamento e educação de profissionais de saúde e do público frente as patologias periodontais, atenção primária deveria ser dada pelos odontólogos pesquisadores na educação, mudança de valores e comportamento não apenas do público e clínicos, como da mesma forma docentes de graduação, pós-graduação e professores de cursos de educação continuada.



# CONCLUSÕES

## 7. Conclusões:

7.1. Uma percentagem elevada (43,57%) de cirurgiões dentistas declarou não utilizar sonda periodontal rotineiramente no exame clínico dos pacientes, sugerindo que doença periodontal não está sendo freqüentemente diagnosticada.

7.2. 35,57 por cento dos cirurgiões dentistas da amostra não associam sintomas como sangramento gengival a sondagem com doença periodontal. 32,43 por cento dos cirurgiões dentistas da amostra não associam sintomas como sangramento gengival na escovação com doença periodontal.

7.3. Não foi encontrado valores percentuais elevados de doença periodontal, diagnosticado em seus pacientes, relatado pelos dentistas.

7.4. Raspagem dental foi a forma terapêutica para tratamento da doença periodontal preferencial encontrada em todos os subgrupos. A técnica de retalho periodontal obteve o menor número de respostas juntamente com a opção nenhum.

7.5. 59,85 por cento dos cirurgiões dentistas da amostra responderam receitar com freqüência medicamentos para tratamento da doença periodontal. A classe de medicamentos mais receitada foi a opção anti-séptico com 47,26 por cento das respostas.

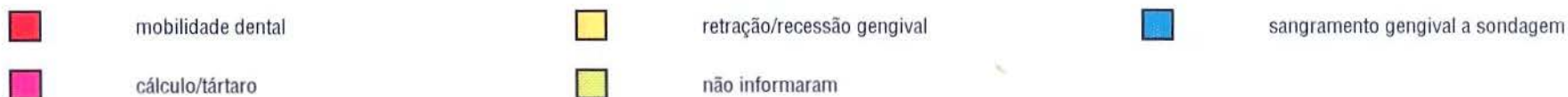
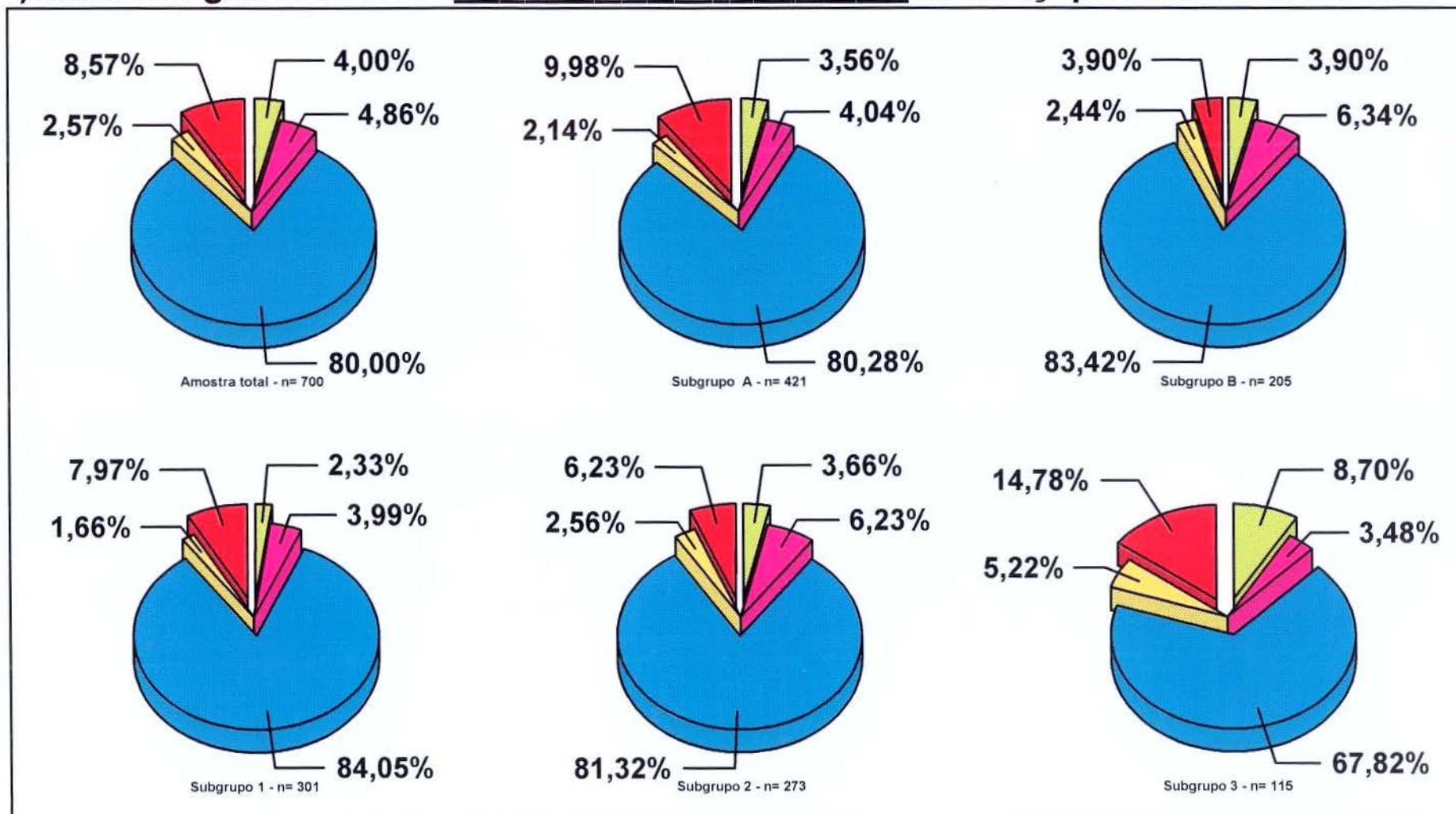
7.6. O subgrupo 3 foi o grupo que apresentou maior variação e ausência de respostas, demonstrando a necessidade de atualização em periodontia.



# ANEXOS

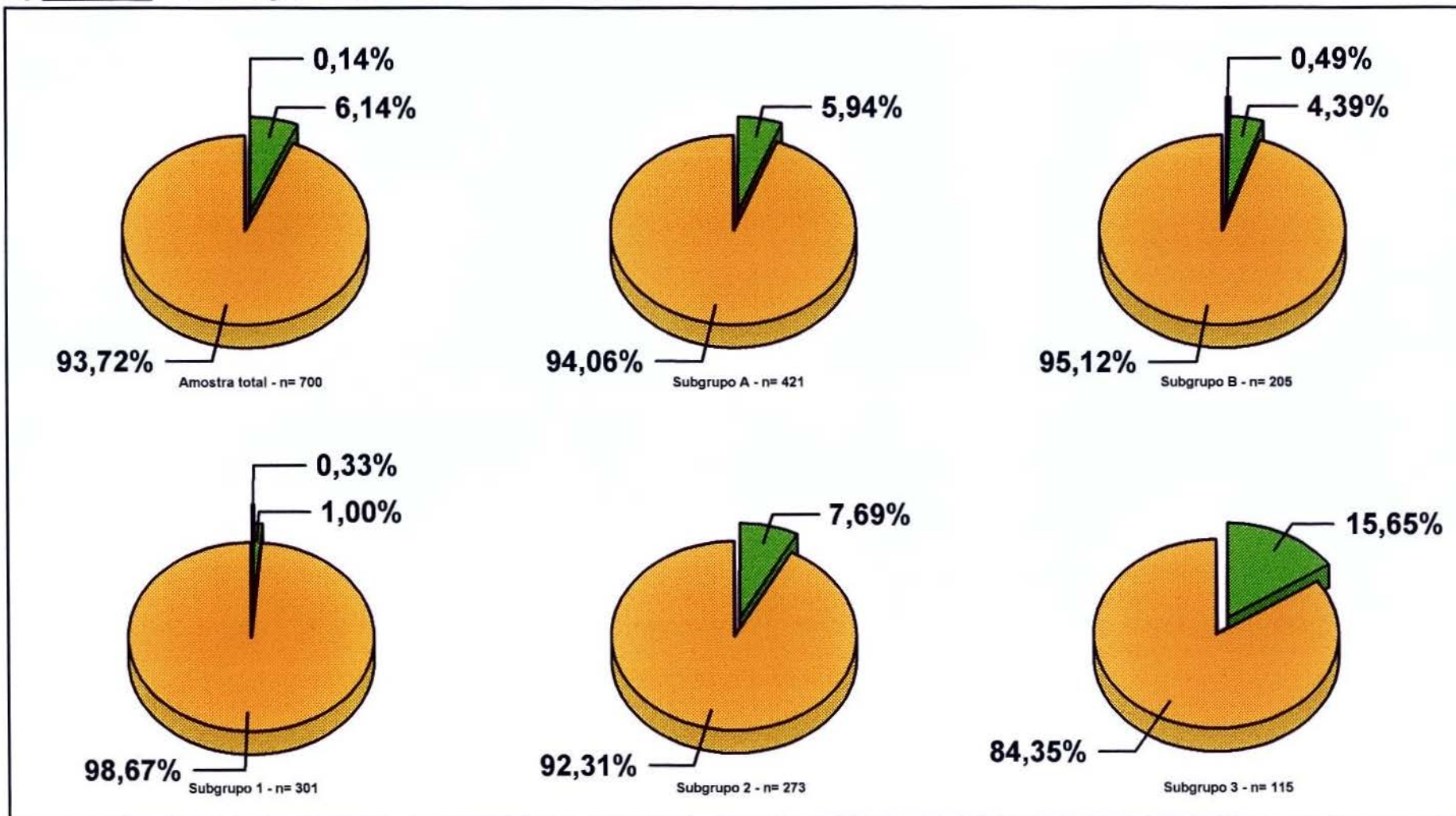
## ANEXO 1

1) Qual dos seguintes sintomas melhor caracterizaria a presença de doença periodontal inflamatória?



## ANEXO 2

### 2) Possui sonda periodontal milimetrada?



sim



não

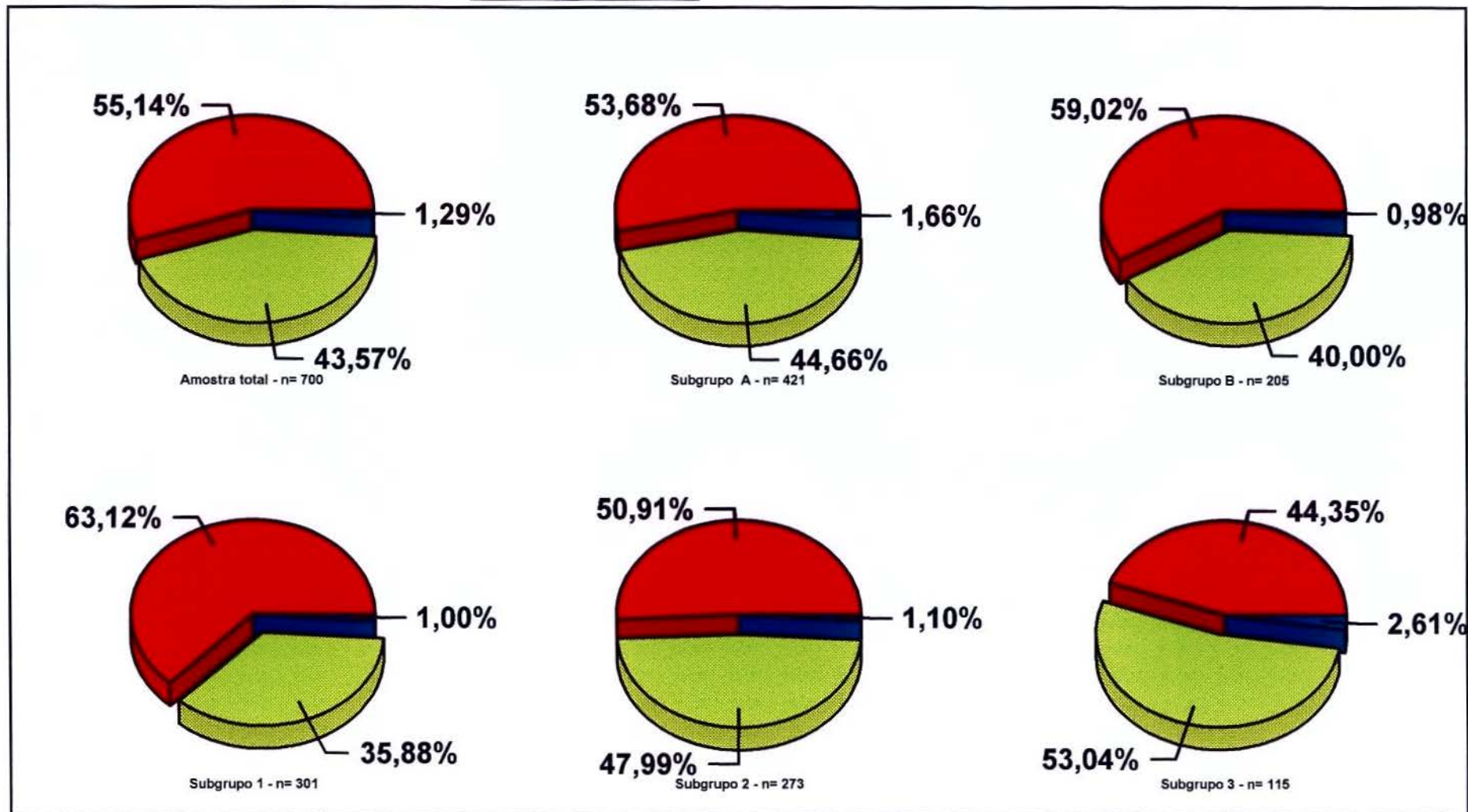


n. i.



### ANEXO 3

#### 3) Utiliza a sonda periodontal rotineiramente no exame clínico?



sim



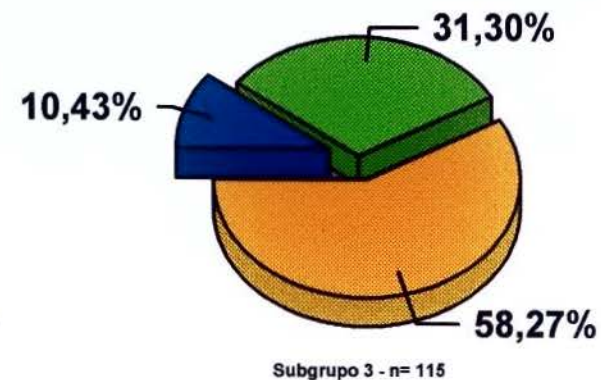
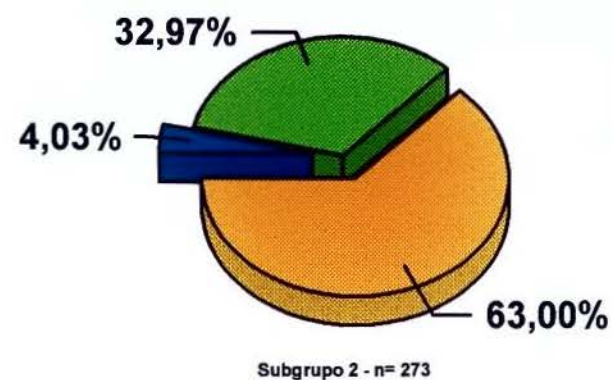
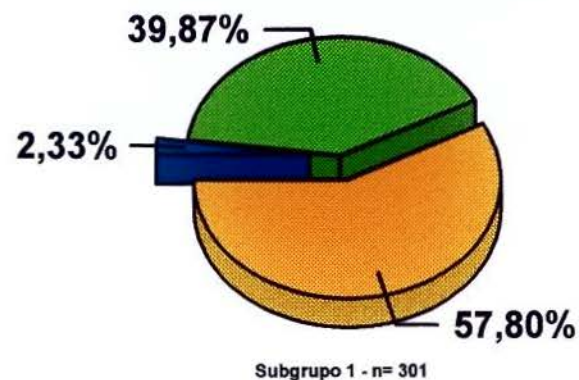
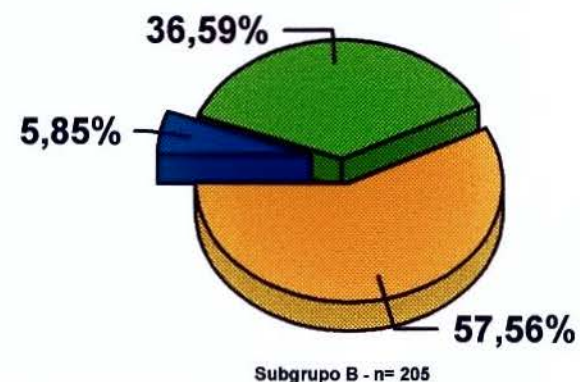
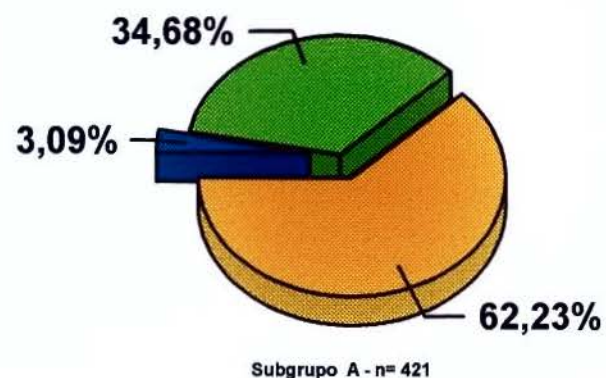
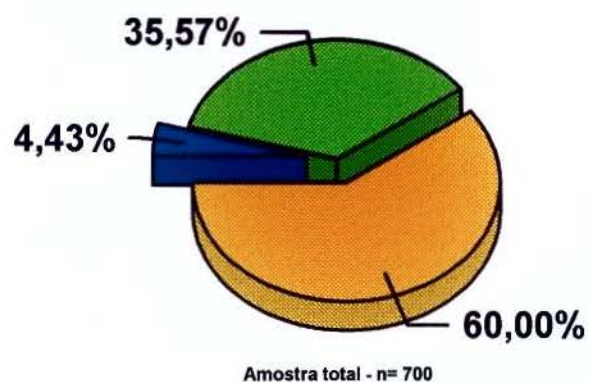
não



n i

## ANEXO 4

**4) Na utilização da sonda periodontal milimetrada, você considera os lugares que apresentam sangramento gengival como doença periodontal?**



sim



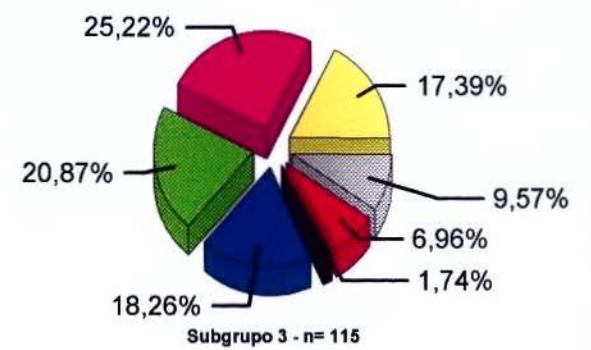
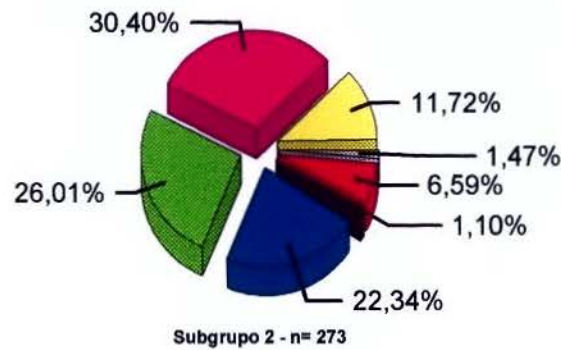
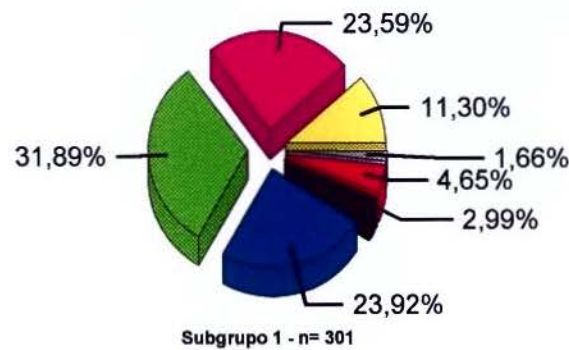
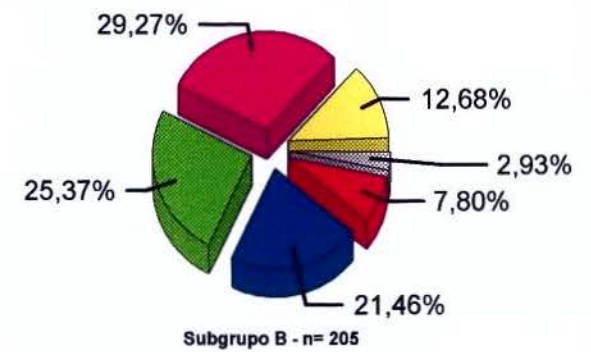
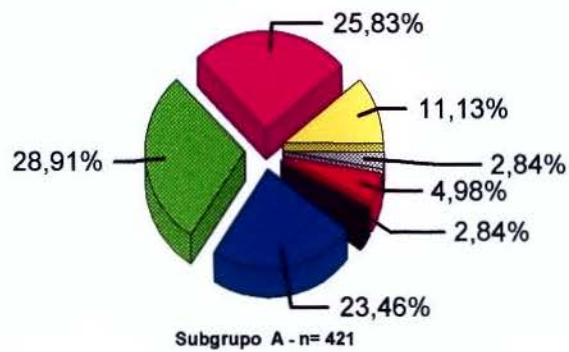
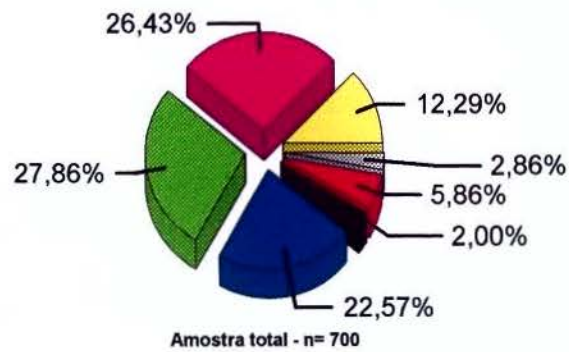
não



n i

## ANEXO 5

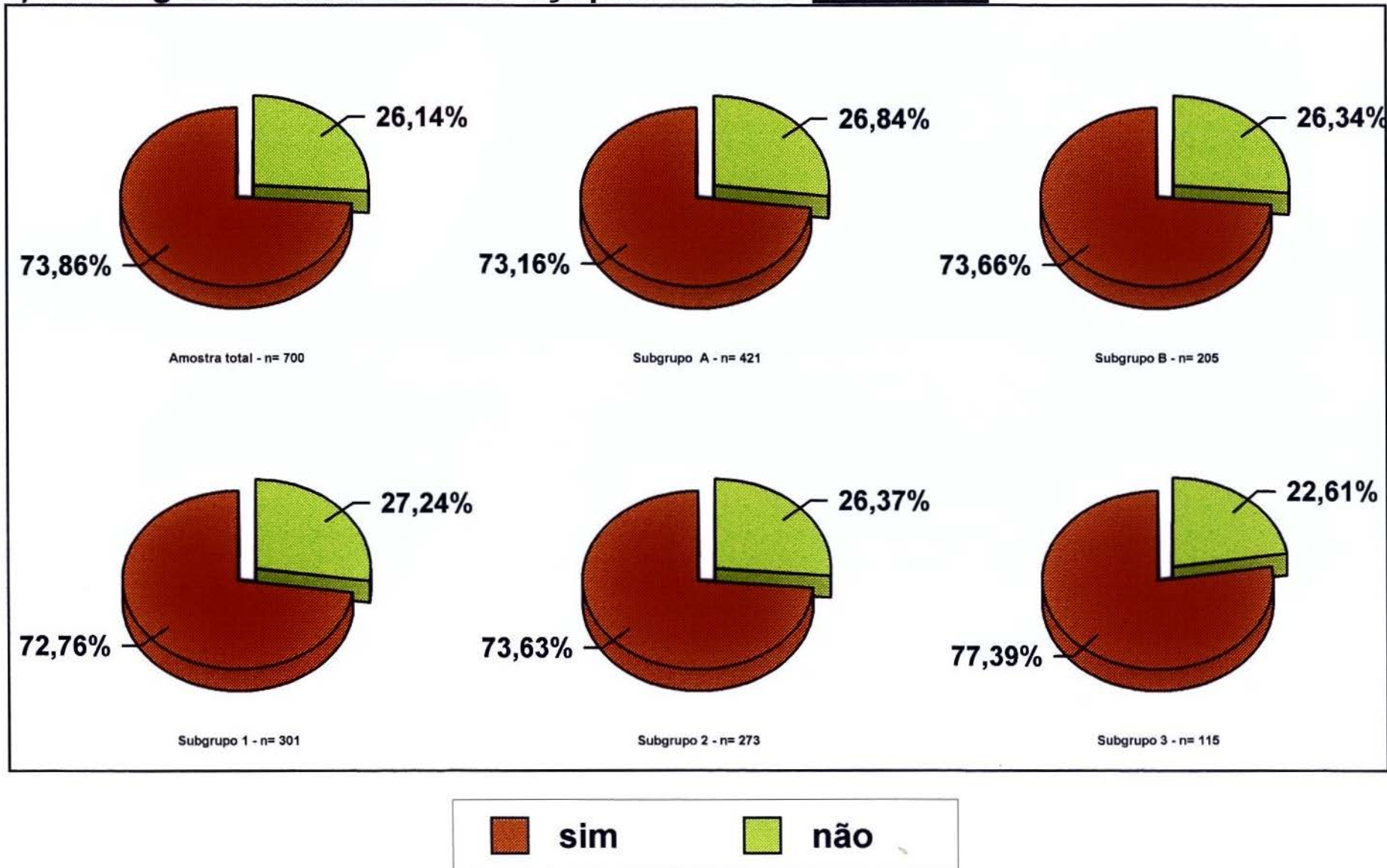
5) Qual a porcentagem de doenças periodontais encontrada nos seus pacientes, aproximadamente?





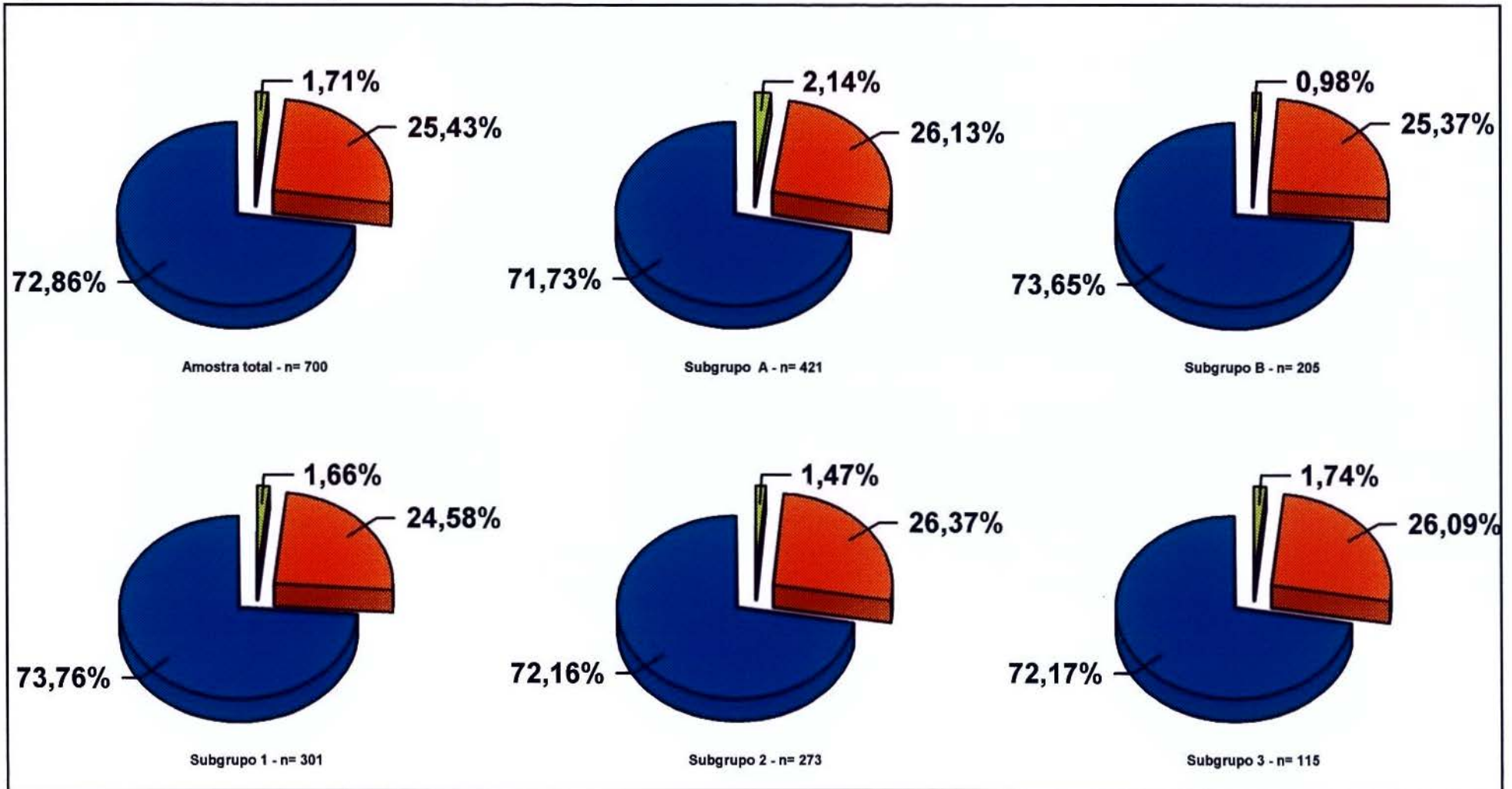
## ANEXO 6

### 6) Você registra rotineiramente doença periodontal na ficha clínica?



## ANEXO 7

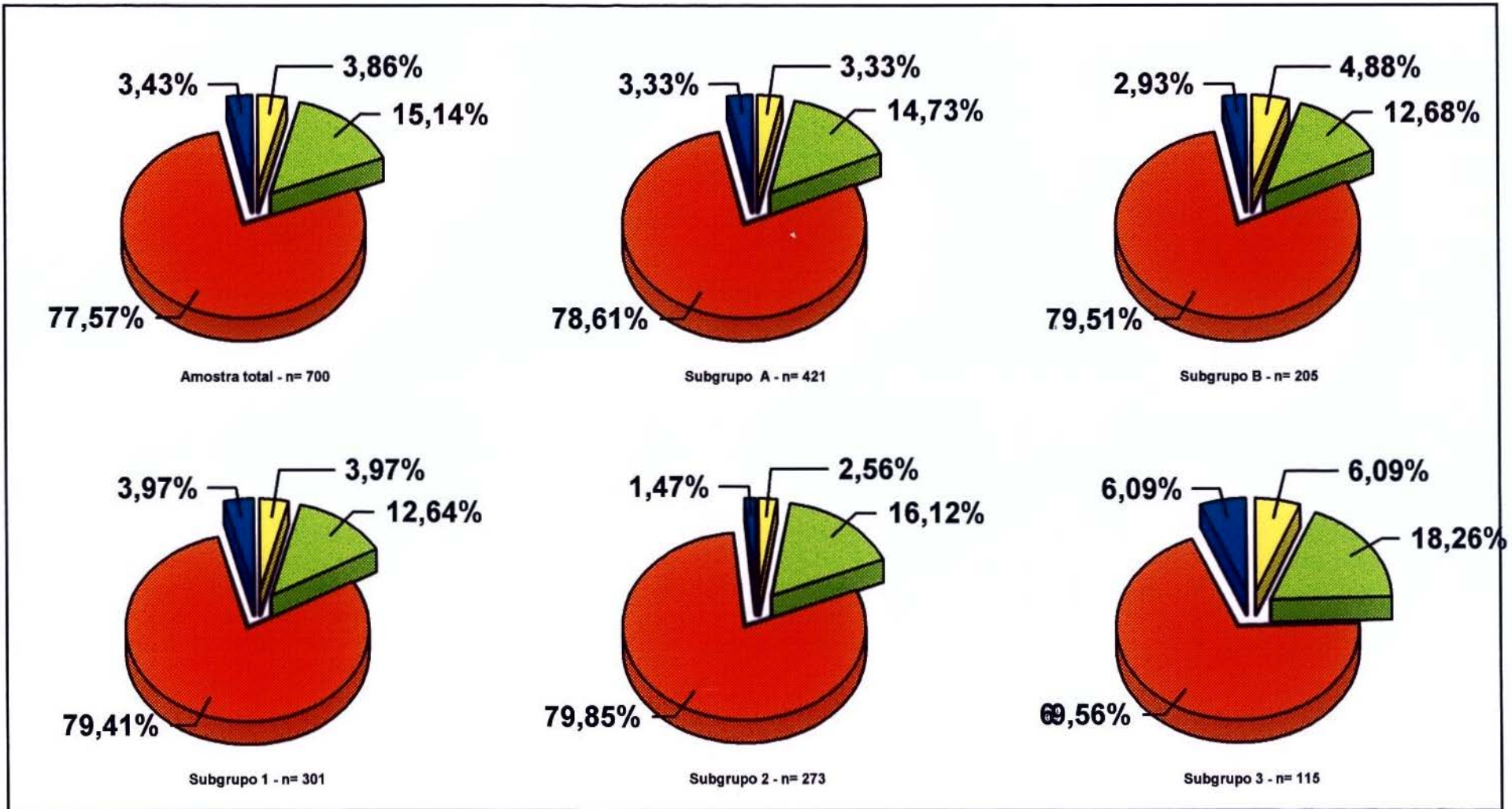
### 7) Faz radiografias para diagnóstico periodontal?



■ sim ■ não ■ n i

## ANEXO 8

### 9) Bochechos atingem placa dental... :



**Sub gengival**  
**Ambas**

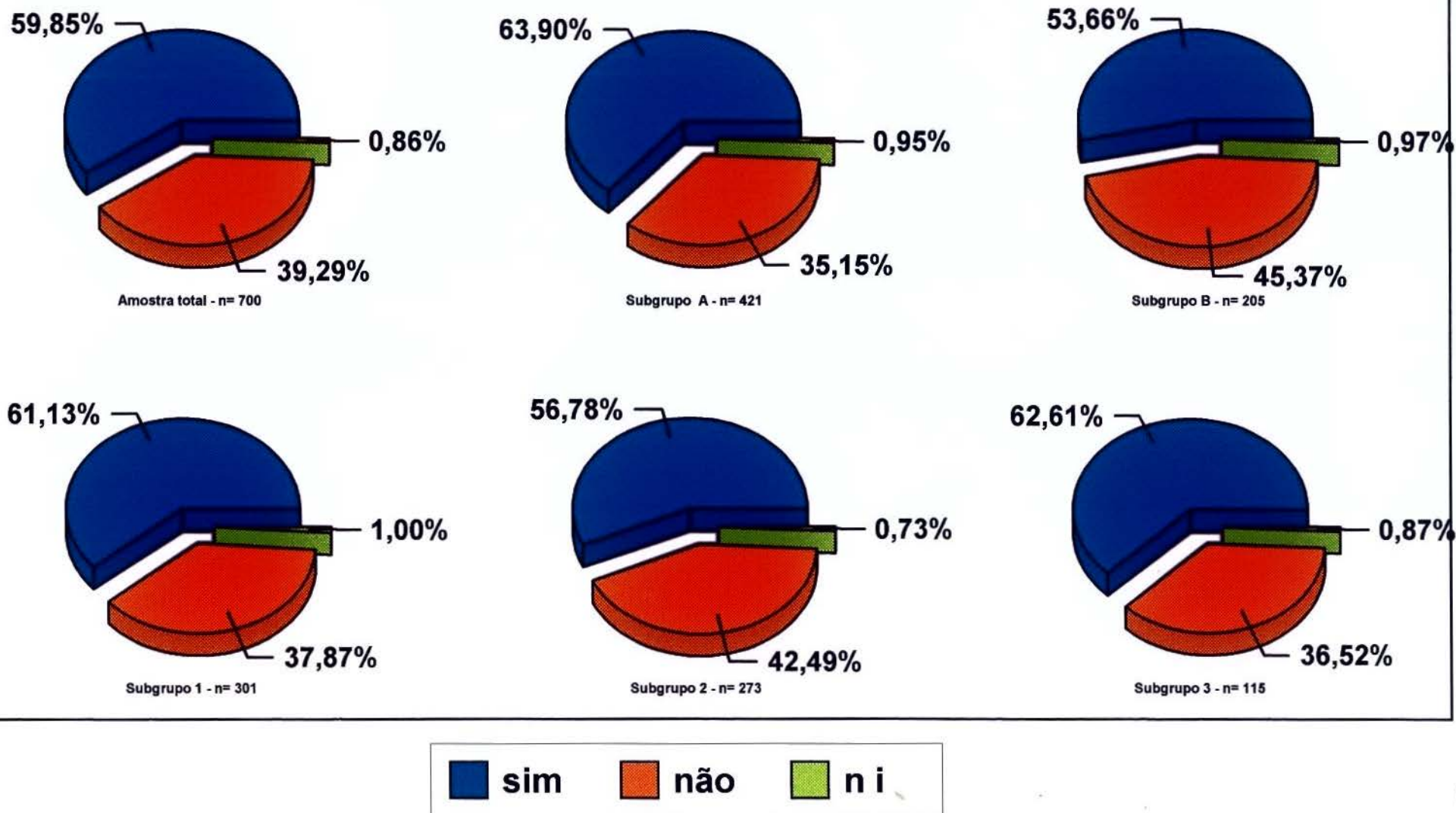


**Supra gengival**  
**não informaram**



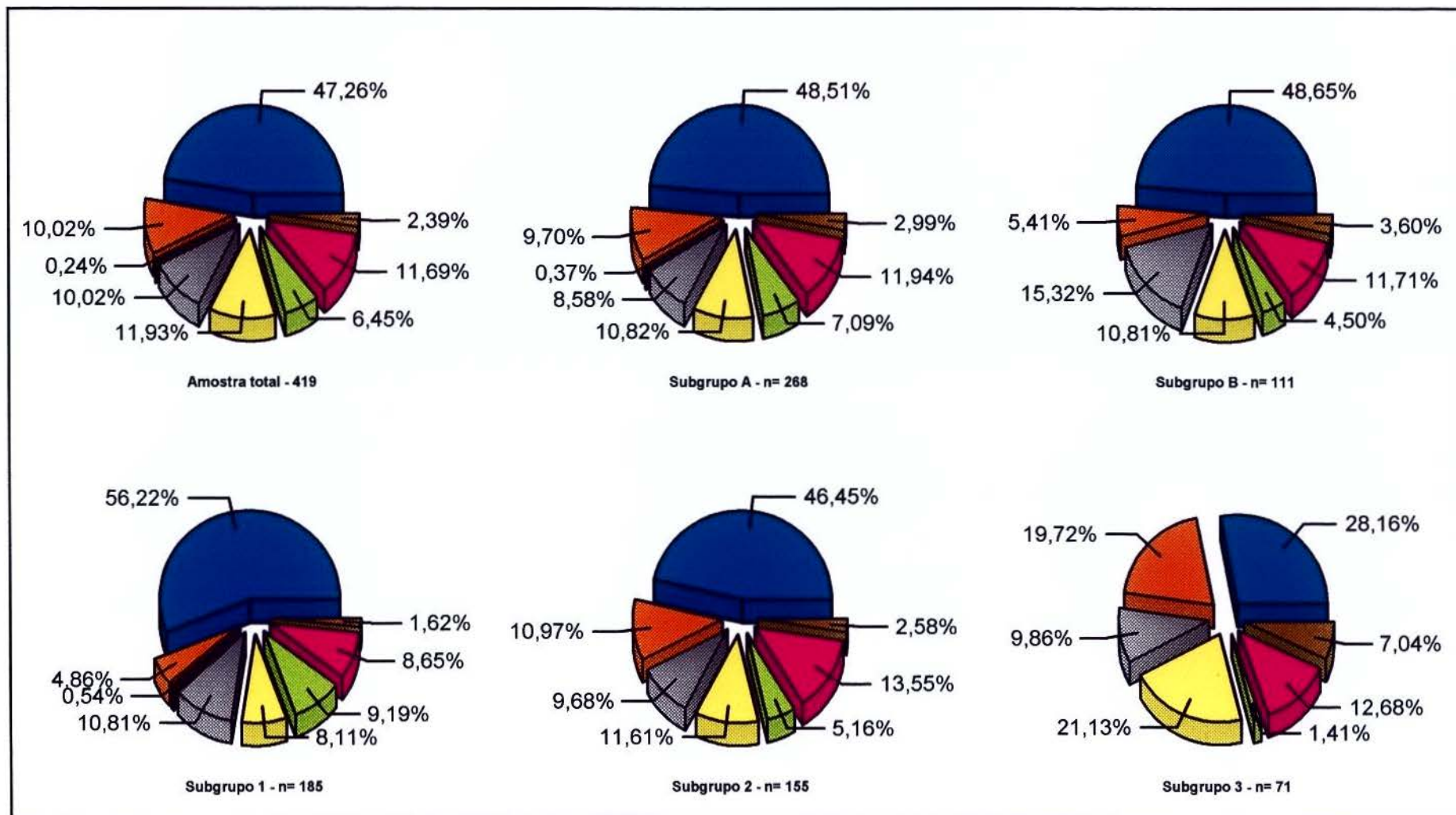
## ANEXO 9

### 10) Receita com freqüência medicamentos para tratamento da doença periodontal?



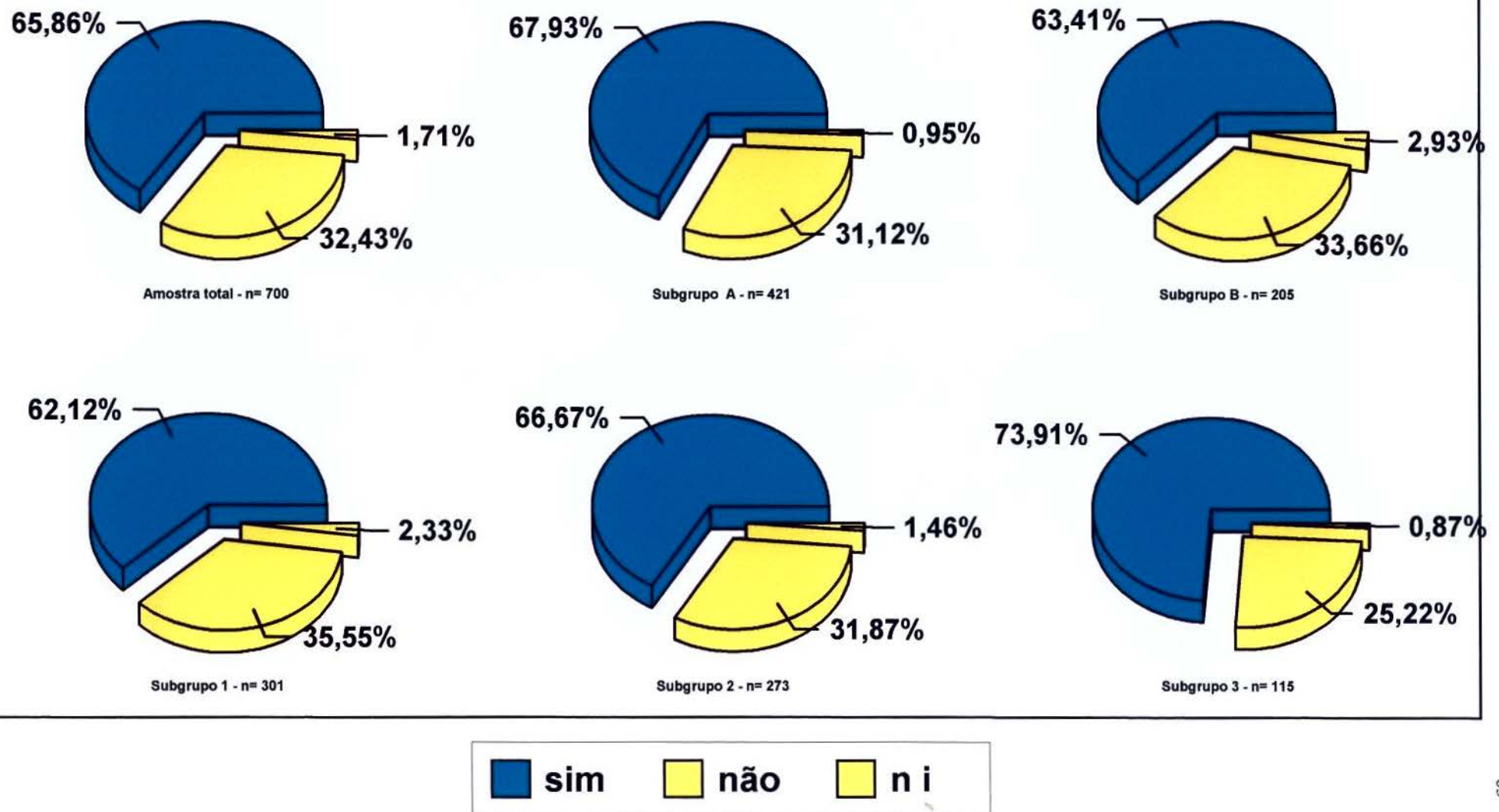
## ANEXO 10

**(X) Sim - Qual? (assinale apenas o mais freqüentemente receitado)**



## ANEXO 11

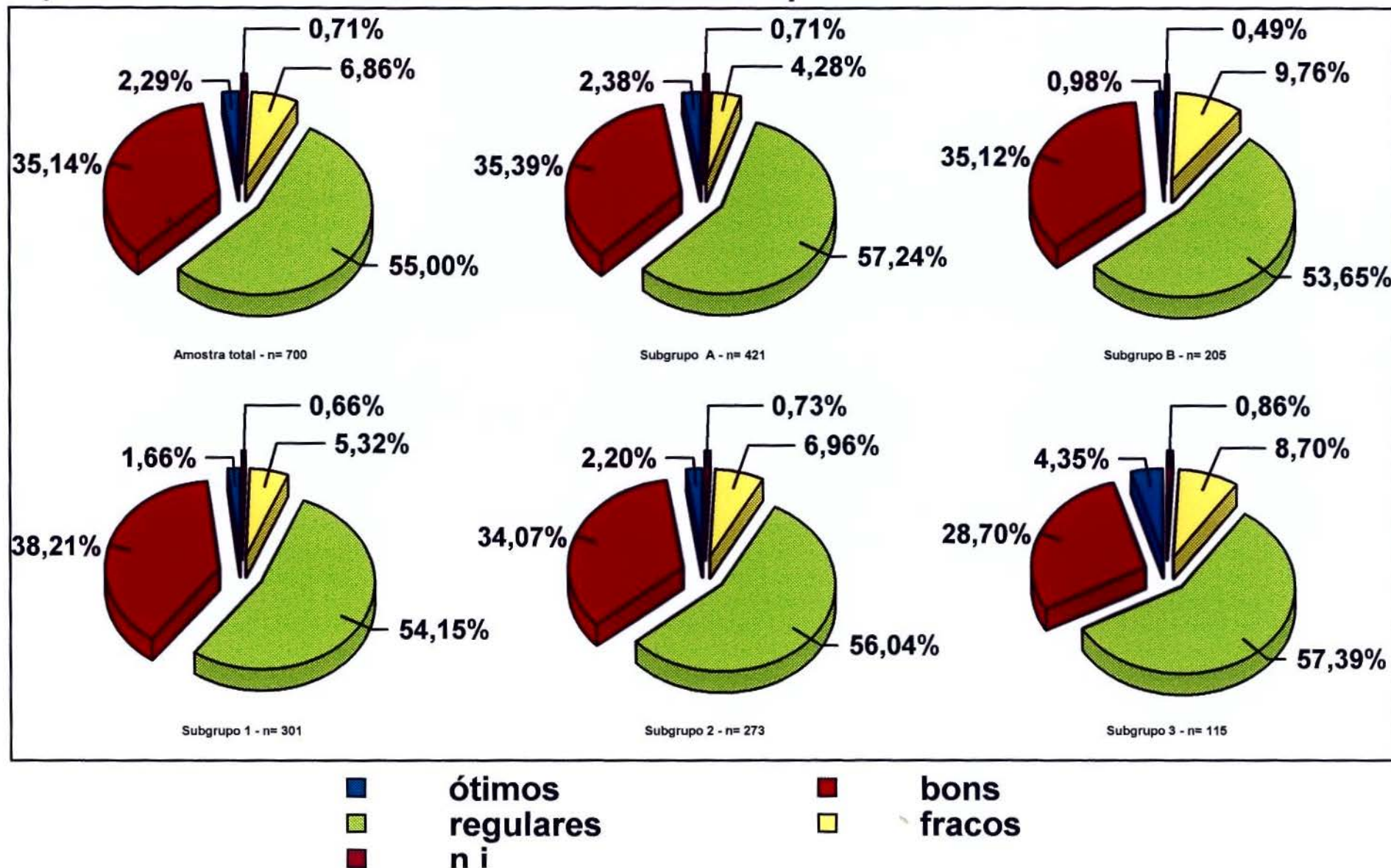
### 11) Sangramento gengival durante a higiene bucal é sinal de doença periodontal?





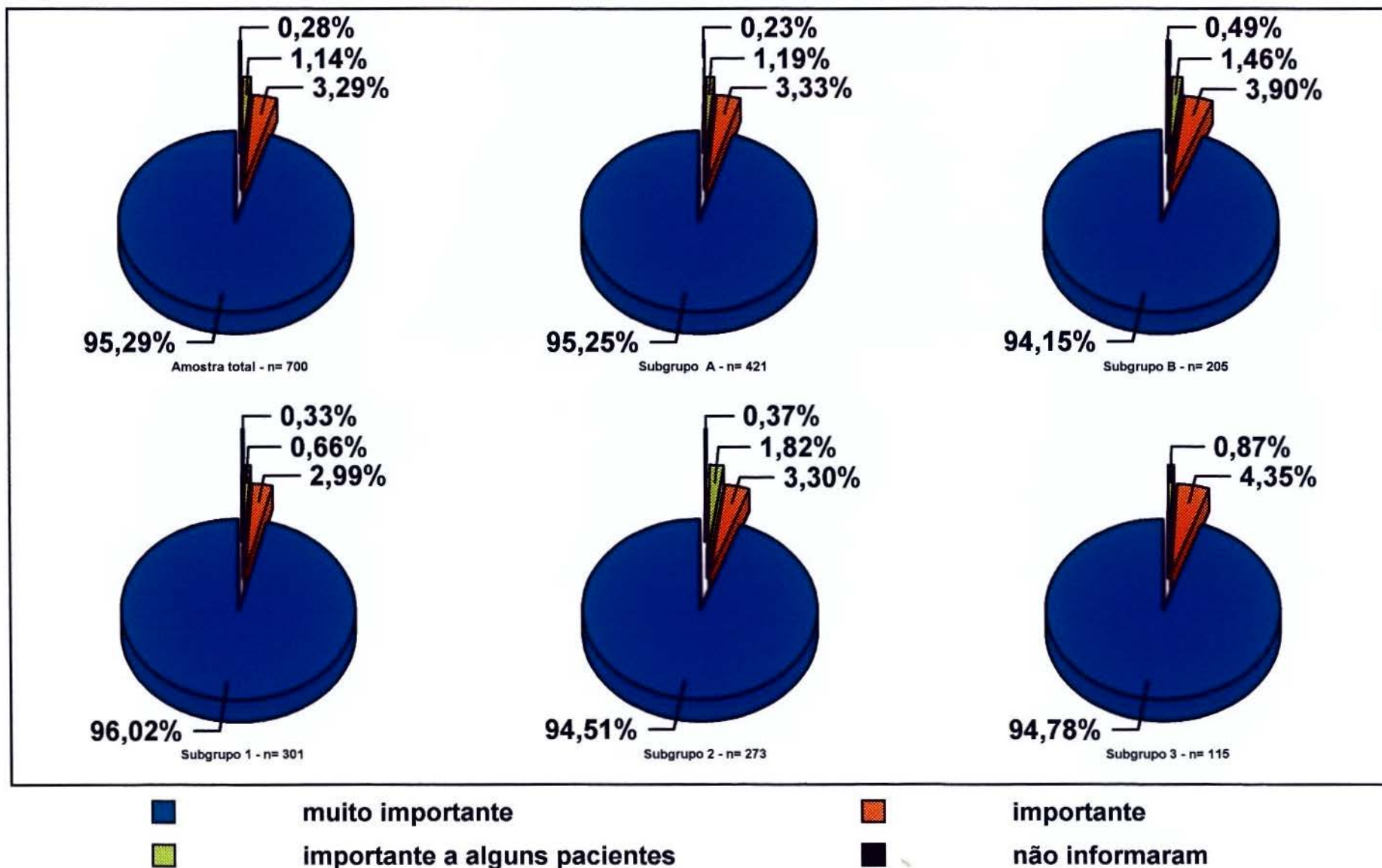
## ANEXO 12

### 12) Como você classificaria seus conhecimentos em periodontia?



## ANEXO 13

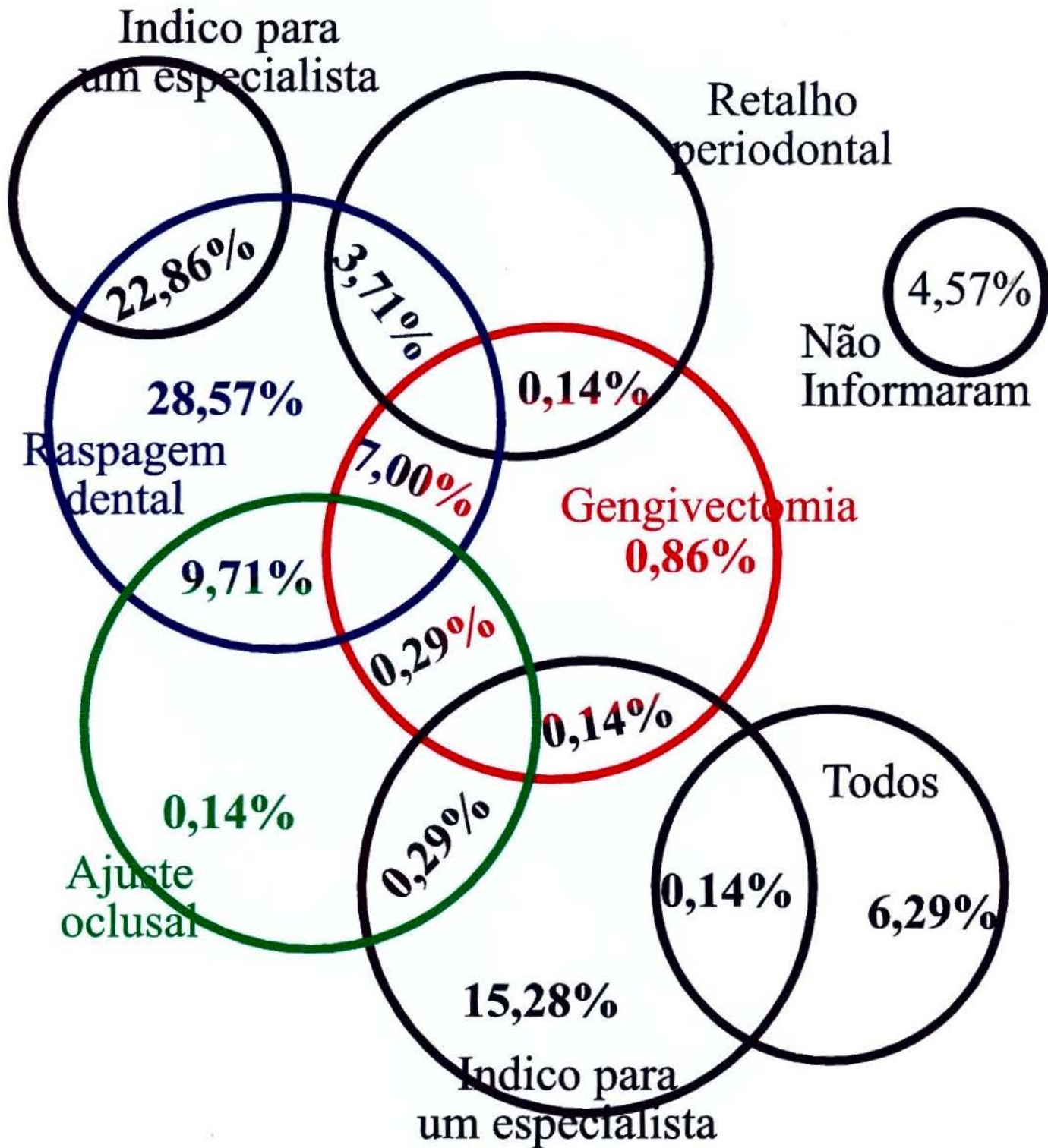
### 13) Ensinar corretamente métodos de higiene oral a seus pacientes é:





## ANEXO 14

8) Qual a forma de tratamento periodontal que você mais utiliza? (assinale duas no máximo)  
 n= 700



## ANEXO 15

### Você é importante!

Por favor, queira responder o questionário com dados verdadeiros e precisos.

Idade: \_\_\_\_\_ - Ano de formatura: \_\_\_\_\_ - Sexo: ( )M. ( )F. - Especialista ( ) Clínico geral ( )  
Brasileiro ( ) → Estado de Procedência (U. F.): \_\_\_\_\_ - Estrangeiro ( )

1) Qual dos seguintes sintomas melhor caracterizaria a presença de doença periodontal inflamatória?

(assinale apenas um)

( ) Mobilidade dental

( ) Sangramento gengival a sondagem

( ) Retração/recessão gengival

( ) Calculo/tártaro

2) Possui sonda periodontal milimetrada?

( ) Sim

( ) Não

3) Utiliza sonda periodontal milimetrada rotineiramente no exame clínico de seus pacientes?

( ) Sim

( ) Não

4) Na utilização da sonda periodontal milimetrada, você considera os lugares que apresentam sangramento gengival como doença periodontal?

( ) Sim

( ) Não

5) Qual a porcentagem de doenças periodontais encontrada nos seus pacientes, aproximadamente?

( ) 0

( ) 20%

( ) 40%

( ) 60%

( ) 80%

( ) 100%

( ) não sei

6) Você registra rotineiramente doença periodontal na ficha clínica?

( ) Sim

( ) Não

7) Faz radiografias para diagnóstico periodontal?

( ) Sim

( ) Não

8) Qual a forma de tratamento periodontal que você mais utiliza?(assinale duas no máximo)

( ) gengivectomia

( ) ajuste oclusal

( ) todos

( ) indico para

( ) retalho periodontal

( ) raspagem dental

( ) nenhum

um especialista

9) Bochechos atingem placa dental... :

( ) Subgengival

( ) Supragengival

( ) Ambas

10) Receita com freqüência medicamentos para tratamento da doença periodontal?

( ) Sim

Qual? (assinale apenas o mais freqüentemente receitado)

( ) vitamina

( ) antiinflamatório

( ) analgésico

( ) anti-séptico

( ) antibiótico

( ) Não

11) Sangramento gengival durante a higiene bucal é sinal de doença periodontal?

( ) Sim

( ) Não

12) Como você classificaria seus conhecimentos em periodontia?

( ) ótimos

( ) bons

( ) regulares

( ) fracos

13) Ensinar corretamente métodos de higiene oral a seus pacientes é:

( ) muito importante

( ) importante

( ) importante a alguns pacientes

( ) pouco importante

( ) nada importante

OBRIGADO!

# APÊNDICES

## APÊNDICE 1

### Estados de procedência dos cirurgiões dentistas respondentes dos questionários

Estado	Alagoas	Bahia	Ceará	Distrito Federal	Espírito Santo	estrangeiros	Goiás	Maranhão	Minas Gerais
Número	1	2	2	8	4	12	9	2	77
Percentual	0,14	0,29	0,29	1,14	0,57	1,71	1,29	0,29	11,00

Estado	Mato Grosso do Sul	Mato Grosso	Pará	Paraíba	Pernambuco	Piauí	Paraná	Rondônia	Rio de Janeiro
Número	9	1	1	3	6	2	20	1	13
Percentual	1,29	0,14	0,14	0,43	0,86	0,29	2,86	0,14	1,86

Estado	Rio Grande do Norte	Rio Grande do Sul	Santa Catarina	Sergipe	São Paulo	Tocantins	não informaram	Total
Número	2	14	12	1	421	3	74	700
Percentual	0,29	2,00	1,71	0,14	60,14	0,43	10,57	100

APÊNDICE 2

8) Qual a forma de tratamento periodontal que você mais utiliza? (assinale duas no máximo)\*

\*resultados parciais.

Respostas (%)	Amostra total n= 700	SUBGRUPOS Estado de Procedência n=626		SUBGRUPOS Ano de formatura n= 689		
		A 421	B 205	1 301	2 273	3 115
gengivectomia	0,86	0,71	0,98	0,66	0,37	2,61
retalho periodontal	-	-	-	-	-	-
ajuste oclusal	0,14	0,24	-	0,33	-	-
raspagem dental	28,57	30,17	23,90	32,89	24,91	26,96
todos	6,29	6,65	5,37	4,65	7,69	6,96
nenhum	-	-	-	-	-	-
indico para um especialista	15,28	12,83	19,02	9,63	17,22	26,09
gengivectomia & <del>indico para um especialista</del>	0,14	-	0,49	0,33	-	-
gengivectomia & raspagem dental	7,00	7,13	6,34	7,64	6,96	4,35
gengivectomia & retalho	0,14	-	-	-	0,37	-
gengivectomia & ajuste oclusal	0,29	0,48	-	-	-	1,74
ajuste oclusal & <del>indico para um especialista</del>	0,29	0,48	-	-	0,37	0,87
ajuste oclusal & raspagem dental	9,71	11,16	5,85	12,62	8,06	6,09
raspagem dental & retalho periodontal	3,71	4,04	3,41	5,32	3,30	-
raspagem dental & <del>indico para um especialista</del>	22,86	21,62	28,78	22,26	25,27	18,26
todos & <del>indico para um especialista</del>	0,14	-	0,49	-	0,37	-
NÃO INFORMARAM	4,57	4,51	5,37	3,65	5,13	6,09

# APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
2	20	95	F	geral	RS	ni	sim	sim	não	20	não	sim	gen/ind	sup	sim	as	não	r	i
3	27	91	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras/ret	sup	sim	ab	não	r	m
4	38	78	F	geral	SP	sang	sim	não	não	80	sim	sim	tod	sup	não		sim	r	m
5	ni	ni	ni	ni	ni	sang	sim	não	não	60	não	sim	ras/ret	amb	não		sim	b	m
6	47	76	M	esp	MG	mobil	sim	sim	não	40	sim	sim	ras/ind	sup	sim	ni	não	r	m
7	26	92	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	60	não	não	gen/ras	sub	sim	as	sim	b	m
8	30	83	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	20	não	ni	ras	sup	não		não	r	m
9	34	91	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	não	sim	aju/ras	sup	sim	as	sim	b	m
10	40	80	M	ni	SP	calcu	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras	sup	sim	as	sim	r	m
11	47	74	F	esp	est	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ind	sup	sim	as	sim	b	m
12	44	74	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ind	sup	sim	as	sim	r	m
13	41	81	M	geral	MA	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	gen/ras	sup	sim	as	não	r	i
14	30	86	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	80	não	sim	ras/ind	sup	sim	as	não	r	m
15	22	95	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras	sup	sim	ab	sim	r	m
16	29	89	M	esp	SP	sang	não	não	não	40	não	sim	ind	amb	não		sim	r	ip
17	37	85	M	geral	MG	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	tod	sup	não		sim	b	m
18	51	69	M	esp	ni	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	tod	ni	sim	ai	sim	o	m
19	29	89	F	geral	SP	sang	sim	ni	sim	20	sim	não	gen/ras	sup	sim	as/ai	não	r	m
20	39	81	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	gen/ras	sup	sim	as/ab	sim	b	m
21	29	89	M	geral	SP	calcu	sim	não	não	40	sim	não	ind	amb	não		sim	b	m
22	26	92	F	geral	MG	ni	sim	sim	não	60	sim	sim	tod	sup	sim	as/ab	sim	r	m
23	35	ni	M	esp	SP	sang	sim	não	sim	ns	não	não	ras/ind	sup	sim	as/ai	sim	r	m
24	36	85	M	esp	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ni	amb	não		sim	r	m
25	33	84	M	geral	SP	calcu	sim	sim	sim	40	sim	sim	tod	sup	sim	ai	sim	r	m
26	42	82	M	geral	MS	sang	sim	sim	sim	40	não	não	gen	sup	sim	ab	sim	r	m
27	36	91	F	esp	MG	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras/ret	sup	sim	as/ab	ni	b	m
28	35	83	F	esp	ni	sang	sim	não	não	80	sim	sim	ras	sup	não		não	r	m
29	40	78	F	esp	SP	sang	sim	sim	sim	100	sim	sim	tod	sup	sim	as	sim	o	m
30	37	80	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	40	sim	sim	gen/ras	sup	não		não	b	m
31	34	83	F	esp	SP	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	ras/ret	sup	sim	as	não	b	m
32	44	76	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	não	ras	amb	sim	ai	sim	b	m
33	23	93	F	geral	RJ	sang	sim	sim	não	40	não	não	ras	sup	não		sim	r	m
34	31	90	M	esp	ni	sang	sim	não	não	80	sim	sim	aju/ras	amb	não		não	o	m

# APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
35	37	94	F	geral	ni	sang	sim	sim	sim	20	sim	sim	ras	sup	não		sim	r	m
36	25	93	F	geral	ni	sang	sim	sim	não	60	sim	sim	gen/ras	amb	não		sim	b	m
37	29	92	M	geral	PI	sang	sim	não	sim	40	não	não	ras	sup	não		sim	r	m
38	24	95	F	geral	ni	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	aju/ras	sup	não		sim	r	m
39	33	84	M	esp	MS	sang	sim	não	sim	40	não	não	gen/ras	amb	sim	as/ai	sim	r	m
40	57	62	M	esp	BA	sang	não	não	não	40	sim	sim	ind	sup	sim	vi/as	não	b	m
41	26	92	F	geral	SP	sang	sim	não	não	80	sim	sim	aju/ras	sup	sim	as/ai	ni	b	m
42	31	86	F	esp	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	tod	sup	sim	ab	sim	o	m
43	25	92	F	geral	SP	mobil	sim	sim	não	60	sim	sim	ras/ind	sub	sim	as	não	r	m
44	29	92	M	geral	SP	mobil	sim	não	sim	20	não	não	ind	sup	sim	as/ai	sim	r	m
45	26	92	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	40	não	sim	ras	sup	sim	as/ai	sim	b	m
46	33	87	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	tod	sup	sim	as/ai	não	b	m
47	30	89	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	20	sim	sim	aju/ras	amb	sim	as/ab	sim	r	m
48	33	86	F	geral	ni	calcu	sim	sim	não	40	sim	sim	ni	sup	não		não	b	m
49	33	86	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	40	não	não	ras/ind	amb	sim	as	sim	f	m
50	27	90	F	esp	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	aju/ras	sup	sim	as	sim	r	m
51	ni	ni	ni	ni	ni	calcu	sim	sim	sim	80	sim	sim	gen/ras	amb	sim	as	sim	b	m
52	30	86	M	geral	SC	sang	sim	não	sim	40	sim	não	ras	sup	sim	as	sim	r	m
53	29	89	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	gen/ras	sup	sim	as	sim	b	m
54	32	86	F	esp	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras	sup	sim	as	sim	r	m
55	28	89	F	geral	ni	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	gen/ret	ni	sim	as	sim	b	m
56	27	90	F	geral	SP	sang	sim	não	não	60	sim	sim	ras	sup	não		sim	r	m
57	27	90	F	geral	MS	sang	sim	não	não	60	sim	sim	ras/ind	sup	não		sim	r	m
58	24	94	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ni	sup	sim	vi/as	sim	r	m
59	24	91	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	gen/ras	sup	sim	ai	sim	b	m
60	31	85	M	esp	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras	sup	não		sim	b	m
61	31	92	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as/ab	sim	r	m
62	36	83	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	não	sim	ras	sup	sim	ni	sim	b	m
63	39	80	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	ns	não	não	ras/ind	sup	sim	ai	sim	f	m
64	40	79	F	geral	ni	mobil	sim	sim	ni	60	sim	sim	ras/ind	sup	sim	vi/as	sim	r	m
65	41	83	F	esp	SP	retra	sim	sim	não	60	sim	não	tod	amb	sim	ni	não	r	m
66	40	81	M	esp	ni	sang	sim	sim	sim	100	sim	sim	ras	sup	sim	as/ab	sim	o	m
67	28	93	F	ni	ni	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	aju/ras	amb	sim	as/ai	sim	b	m



# APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
68	26	93	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras/ret	amb	sim	as/ai	sim	b	m
69	ni	ni	ni	ni	ni	mobil	sim	sim	não	40	sim	sim	ras/ind	sub	sim	as/ai	não	r	m
70	29	94	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	ni	sim	sim	ras	sup	não		sim	b	m
71	26	94	F	esp	ni	calcu	sim	não	sim	20	sim	não	ind	sup	sim	as	não	b	m
72	25	94	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	sim	não	tod	amb	sim	as	não	r	m
73	31	86	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	sim	sim	ind	amb	sim	as/ai	sim	r	m
74	26	91	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras/ind	amb	sim	as/ai	sim	b	m
75	23	94	F	geral	SP	mobil	sim	sim	não	80	sim	sim	aju/ras	amb	não		não	b	m
76	28	87	M	esp	SP	ni	sim	sim	não	60	sim	sim	ras	sup	sim	vi/as	sim	r	m
77	35	91	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	20	sim	sim	aju/ras	sup	não		sim	r	m
78	29	89	M	geral	MG	sang	sim	não	sim	80	não	sim	ras/ind	amb	sim	as/ai	sim	r	m
79	30	88	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras	sup	sim	as	sim	r	m
80	33	88	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	não	não	ras	sup	sim	as/ai	sim	r	m
81	25	91	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	gen/ras	sup	sim	as/ab	sim	r	m
82	30	90	F	geral	SP	calcu	sim	não	sim	40	sim	sim	aju/ras	amb	sim	as	sim	r	m
83	29	86	M	esp	SP	calcu	sim	não	não	20	sim	sim	gen/ras	sup	sim	as	não	r	m
84	27	91	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ras	sup	sim	as	sim	r	m
85	31	87	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	80	não	sim	ras/ind	sup	sim	as	sim	b	m
86	27	89	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	20	não	não	ras	sup	não		sim	r	m
87	28	94	F	geral	PE	sang	sim	não	não	20	sim	sim	ras	sup	sim	as	sim	r	m
88	30	92	M	geral	PE	sang	sim	sim	não	ns	sim	sim	ind	ni	não		não	r	m
89	29	93	M	geral	MS	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras/ind	amb	ni	ni	não	r	m
90	25	93	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras	sup	sim	as/ab	sim	r	m
91	25	92	F	geral	ni	sang	sim	sim	não	60	sim	sim	ras	sup	sim	as	sim	r	m
92	25	94	F	geral	SP	retra	sim	não	não	60	sim	sim	aju/ras	sup	não		não	r	m
93	30	86	F	esp	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras	sup	não		não	r	m
94	33	86	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	ns	sim	não	ras	sup	sim	as	não	r	m
95	25	91	F	esp	SP	sang	sim	não	sim	60	sim	não	ras/ind	sup	não		não	r	m
96	26	91	F	geral	SP	mobil	sim	sim	sim	40	não	sim	gen/ras	sup	sim	as	sim	r	m
97	38	80	F	esp	SP	mobil	sim	ni	sim	40	sim	sim	aju/ras	sup	sim	as/ai	sim	b	i
98	25	93	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	60	não	não	tod	sup	não		sim	r	m
99	29	93	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	ni	sim	sim	aju/ras	sup	sim	ab	sim	b	m
100	30	87	M	esp	MG	sang	sim	não	sim	80	não	não	ras	sup	sim	ni	sim	b	m



# APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
101	33	85	F	geral	SP	ni	sim	sim	sim	80	sim	não	tod	sup	sim	as/ai	sim	r	m
102	32	85	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	40	sim	sim	ni	sup	sim	ni	sim	r	m
103	24	94	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	20	sim	não	ras/ind	ni	sim	as	sim	r	m
104	32	90	M	geral	SP	mobil	sim	sim	sim	40	não	sim	gen/ras	sup	não		sim	b	m
105	61	60	M	esp	SP	sang	sim	sim	sim	100	sim	sim	tod	sup	não		sim	b	m
106	24	95	M	geral	ni	sang	sim	não	sim	60	sim	não	ras	sup	não		sim	f	m
107	59	63	M	geral	ni	sang	sim	não	sim	80	sim	sim	ras	sup	não		sim	r	m
108	51	68	F	esp	PR	sang	sim	sim	não	40	sim	sim	ind	sup	sim	as	não	b	m
109	24	95	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	20	sim	sim	ras	sup	sim	as	não	ni	m
110	40	80	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	sim	sim	ras/ind	sup	sim	ai	sim	r	m
111	29	88	M	geral	PR	sang	sim	não	sim	20	não	sim	ras	sup	sim	ab	sim	b	m
112	23	94	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	ns	sim	sim	tod	sup	ni		não	b	m
113	26	92	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	60	não	ni	gen/ras	sub	sim	as	sim	b	m
114	27	90	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras/ind	sup	não		sim	b	m
115	32	86	M	geral	MG	sang	sim	sim	não	80	sim	não	aju/ras	sup	sim	as	sim	r	m
116	27	89	F	esp	SP	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	ras/ret	sup	sim	as	sim	o	m
117	34	86	F	esp	SP	sang	sim	sim	ni	80	não	sim	ind	sup	não		sim	r	m
118	26	94	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	40	não	sim	ras/ind	sup	sim	ab	não	f	m
119	27	92	F	geral	SC	sang	sim	sim	não	ns	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as	não	r	i
120	48	71	M	geral	SP	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	ras	sup	sim	vi/as	sim	b	m
121	26	92	F	geral	SC	sang	sim	sim	não	ns	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as	não	r	m
122	25	93	M	esp	PB	calcu	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras	amb	sim	as	não	r	m
123	30	92	F	geral	MG	sang	ni	sim	sim	60	sim	sim	ras/ind	sup	não		sim	b	m
124	28	90	F	geral	SP	sang	sim	não	não	40	não	sim	gen/ras	sup	sim	as/ai	não	r	m
125	24	94	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	40	não	sim	ras	sup	não		sim	r	m
126	42	76	M	geral	SP	calcu	sim	não	sim	60	sim	sim	ras/ind	sup	não		sim	r	m
127	36	84	M	esp	MG	sang	sim	não	sim	40	sim	sim	ind	sup	não		sim	r	m
128	36	80	F	geral	SP	calcu	sim	não	sim	60	sim	sim	aju/ras	sup	sim	as	não	b	m
129	23	94	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	80	não	não	ras	sup	não		sim	b	m
130	23	93	F	esp	SP	sang	sim	não	não	40	sim	sim	ras	sup	não		não	b	m
131	27	91	F	geral	RS	calcu	sim	não	não	80	sim	sim	ras/ind	sup	sim	ni	não	r	m
132	27	91	F	esp	SP	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	ras/ret	sup	sim	as	não	b	m
133	25	93	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	100	sim	sim	ras	sup	sim	as	sim	r	m

# APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
134	24	95	F	geral	PR	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras/ind	sup	não		não	r	m
135	26	92	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	sim	sim	ras/ind	sup	não		não	r	m
136	24	94	F	geral	SP	sang	sim	não	não	40	não	sim	ind	sup	não		não	r	m
137	37	83	M	esp	MG	retra	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as/ai	sim	r	m
138	24	92	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras/ret	sup	sim	an	sim	r	m
139	25	92	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras/ret	sup	sim	ni	sim	b	m
140	34	83	M	geral	SP	sang	sim	sim	não	60	sim	sim	ras	sup	não		não	b	m
141	31	85	F	geral	SP	mobil	sim	não	não	20	não	sim	gen/ras	sup	sim	as/ai	não	r	m
142	40	78	F	geral	SP	sang	sim	não	não	60	sim	sim	ras/ind	sup	sim	ai	sim	r	m
143	37	80	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	80	não	não	ras	sup	não		sim	b	m
144	32	89	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	40	não	não	ras/ind	amb	sim	as	sim	r	m
145	26	90	F	esp	SP	sang	sim	sim	não	60	sim	sim	ras/ret	sup	não		sim	b	m
146	45	74	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	sim	sim	gen/ras	sup	sim	ni	sim	b	m
147	23	95	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	aju/ras	amb	sim	as	sim	b	m
148	25	95	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	100	sim	sim	ras	sup	sim	as	sim	b	i
149	30	86	M	geral	SP	calcu	sim	sim	sim	80	não	sim	gen/ras	sup	sim	as	sim	r	m
150	32	87	M	geral	MG	sang	sim	não	não	ns	não	sim	ras/ind	sup	sim	ab	sim	r	ip
151	41	79	F	esp	ni	sang	sim	não	não	ni	sim	não	ras	amb	sim	as	sim	r	m
152	36	82	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	40	sim	não	ras	sup	sim	ni	não	r	m
153	32	89	F	geral	SP	ni	sim	não	não	40	sim	sim	ras	ni	não		não	r	ip
154	26	92	M	ni	SC	sang	sim	sim	ni	80	sim	sim	aju/ras	sup	sim	as	sim	b	m
155	43	75	ni	esp	SP	sang	sim	não	ni	ni	não	sim	ras/ind	sup	sim	as/ab	sim	b	m
156	39	78	M	esp	MG	ni	sim	não	não	ni	sim	sim	ras	sub	sim	ni	não	f	m
157	25	95	M	geral	SP	sang	sim	sim	não	60	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as	não	b	m
158	26	94	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	gen/ras	sup	sim	as	não	b	m
159	37	82	M	geral	MG	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	aju/ras	sup	não		não	b	m
160	25	94	M	geral	SP	sang	sim	não	ni	40	sim	sim	ras	sup	sim	as	ni	ni	ni
161	38	84	M	esp	ni	ni	sim	sim	não	60	sim	sim	tod	sup	sim	ai	sim	b	m
162	33	84	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	tod	sup	sim	as/ai	sim	b	m
163	25	92	F	geral	MS	sang	sim	sim	não	60	sim	sim	aju/ras	sup	sim	as	sim	b	m
164	26	94	F	geral	DF	sang	sim	ni	sim	80	sim	não	ras	sup	sim	as	sim	r	m
165	42	77	M	esp	MG	sang	sim	sim	sim	20	não	sim	ras/ind	sup	sim	as	não	r	m
166	22	95	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras/ret	sup	sim	as	sim	o	m

# APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
167	32	85	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	40	não	não	ras	sup	não		sim	b	m
168	32	86	F	geral	SP	mobil	sim	sim	não	40	sim	sim	ras	amb	sim	as/ab	sim	r	m
169	52	64	M	esp	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	tod	sup	sim	ni	sim	b	m
170	30	88	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	40	sim	não	ras	sup	não		não	f	m
171	37	89	F	geral	MT	calcu	não	sim	sim	40	sim	sim	ras/ind	sub	sim	as	sim	b	m
172	26	93	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	60	sim	sim	tod	amb	sim	ai	não	b	m
173	28	92	F	esp	PB	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ind	sup	sim	as	sim	b	m
174	24	94	F	geral	MA	mobil	sim	sim	não	60	não	sim	ras/ind	ni	sim	as	sim	r	m
175	50	75	M	esp	ni	mobil	sim	sim	sim	40	sim	não	tod	sub	sim	as/ai	sim	o	m
176	47	72	M	geral	SP	ni	sim	não	sim	60	sim	sim	aju/ras	amb	sim	as	sim	b	m
177	35	82	F	geral	SP	mobil	sim	não	não	40	sim	sim	ni	amb	ni		não	b	m
178	39	79	F	esp	SP	sang	sim	sim	sim	40	não	sim	ras	sup	não		sim	r	m
179	36	82	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	ns	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as	não	f	m
180	33	91	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ras	sup	sim	as	sim	r	m
181	30	86	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	gen/ras	sup	não		não	b	m
182	24	95	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras/ret	sup	sim	as	sim	b	m
183	34	82	F	geral	SP	sang	sim	não	não	40	sim	sim	ras/ind	sup	não		não	r	m
184	25	92	F	geral	ni	mobil	sim	não	não	40	sim	não	ind	sup	sim	ni	sim	b	m
185	31	84	F	geral	MG	calcu	sim	não	sim	80	sim	sim	ras	sub	não		sim	b	m
186	ni	92	F	geral	RJ	sang	sim	não	sim	80	sim	sim	gen/ras	amb	sim	as/ai	sim	b	m
187	43	80	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	80	sim	não	tod	sup	sim	as	sim	b	m
188	24	93	F	geral	MS	mobil	sim	não	não	60	sim	sim	aju/ras	sup	não		não	b	m
189	30	89	M	geral	SP	sang	sim	não	não	60	sim	sim	aju/ras	sup	não		não	b	m
190	33	92	M	geral	SP	sang	sim	sim	não	60	não	não	gen/ras	sup	ni		não	b	m
191	41	79	M	esp	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	tod	sup	não		sim	o	m
192	25	90	F	geral	MG	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ind	sup	não		sim	b	m
193	40	81	M	esp	SP	sang	sim	sim	não	40	sim	não	ind	sup	não		não	b	m
194	26	90	M	geral	PR	sang	sim	não	sim	80	não	não	ras	sup	não		não	b	m
195	23	94	F	esp	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	aju/ras	sup	sim	as	sim	b	m
196	30	91	M	geral	SP	sang	sim	não	não	40	não	não	aju/ras	amb	sim	ni	sim	r	m
197	24	93	F	geral	ni	ni	não	sim	sim	60	sim	sim	ras/ret	sup	não		ni	b	m
198	24	93	M	geral	MG	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras	sup	sim	ab	não	b	m
199	32	89	F	geral	SP	mobil	sim	sim	não	60	sim	sim	ras	sup	sim	as/ab	sim	r	m

# APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
200	24	94	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	sim	sim	ind	sup	não		sim	r	m
201	24	94	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	não	ras	sup	sim	as	sim	r	m
202	24	95	F	geral	SP	retra	sim	sim	não	60	sim	sim	ni	amb	sim	as	não	b	m
203	40	83	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	40	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as/ai	sim	r	m
204	40	83	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ras	sup	sim	as	sim	r	m
205	36	80	F	esp	SP	sang	sim	não	sim	20	sim	não	ind	sup	não		sim	b	m
206	31	86	M	ni	PR	sang	sim	não	sim	40	sim	sim	aju/ras	sup	sim	as	sim	r	m
207	31	86	F	geral	RS	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	tod	amb	sim	ai	sim	r	m
208	28	93	M	esp	est	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	ras/ret	sub	sim	ab	sim	b	m
209	25	91	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	não	ras/ind	sup	não		não	r	m
210	42	78	M	geral	SP	retra	sim	não	não	60	não	sim	aju/gen	sup	sim	as/ai	sim	r	i
211	40	79	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	80	sim	sim	ras	sup	sim	vi/as	sim	r	m
212	30	87	F	esp	MG	ni	sim	não	sim	40	sim	sim	gen/ras	sup	sim	as	não	r	m
213	45	76	M	esp	MG	sang	sim	sim	ni	80	sim	sim	ras	sup	sim	ni	sim	o	m
214	31	86	F	esp	SP	sang	sim	sim	sim	100	sim	sim	tod	sup	sim	as	sim	o	m
215	29	90	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as/ab	sim	b	m
216	27	90	M	geral	ni	sang	sim	sim	sim	60	não	sim	ras	amb	sim	as/ab	sim	b	m
217	24	94	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	não	não	ind	sup	sim	as	sim	r	m
218	30	87	F	geral	ni	sang	sim	sim	sim	20	sim	sim	tod	amb	não		não	b	m
219	37	83	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	tod	amb	sim	as/ai	sim	b	m
220	38	80	M	geral	CE	calcu	sim	sim	sim	60	sim	sim	tod	amb	sim	ni	sim	b	m
221	30	89	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	60	sim	sim	aju/ras	sup	sim	as	sim	r	m
222	34	85	M	geral	SP	mobil	não	não	sim	20	sim	sim	tod	sup	sim	ab	sim	b	m
223	39	80	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	20	não	sim	ind	sup	não		não	r	m
224	28	94	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	sim	sim	tod	sub	não		sim	b	m
225	29	89	F	geral	PR	sang	sim	não	não	40	sim	sim	ras/ind	sup	ni		não	r	m
226	34	84	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	20	sim	sim	ras	sup	sim	ab	sim	b	m
227	35	86	F	geral	ni	sang	sim	não	não	20	não	não	gen/ras	sup	não		não	b	m
228	32	87	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ras/ind	sup	sim	ai	sim	r	m
229	54	69	M	geral	SP	calcu	sim	sim	não	40	sim	não	aju/ras	ni	sim	ai	não	r	m
230	29	92	M	geral	SP	sang	sim	sim	não	40	sim	sim	ni	sub	sim	ni	sim	r	m
231	28	90	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ras	sup	sim	as/ai	não	r	m
232	56	74	M	geral	RJ	sang	sim	não	sim	80	sim	não	gen/ras	sub	sim	as/ai	sim	r	m

### APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
233	25	92	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	tod	sup	sim	ni	sim	r	m
234	29	91	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	não	sim	gen	sub	sim	as	não	r	m
235	25	93	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	60	sim	sim	ras	sup	sim	ni	não	b	m
236	36	82	M	geral	SP	mobil	sim	não	não	60	sim	não	ras	ni	sim	ai	sim	r	m
237	28	95	F	geral	SP	mobil	sim	sim	não	20	não	sim	aju/ras	sup	sim	as	não	r	m
238	35	84	M	geral	SP	calcu	sim	não	sim	60	sim	não	ras/ind	sup	sim	as	sim	r	m
239	27	89	F	geral	SP	sang	sim	não	não	40	não	não	aju/ras	sup	sim	as	não	r	i
240	23	93	F	geral	RS	sang	sim	sim	sim	60	sim	não	ni	sup	sim	as	sim	r	m
241	24	95	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	não	gen/ras	sup	sim	as	sim	r	m
242	31	85	F	geral	DF	sang	sim	sim	não	40	não	não	ras/ind	sup	não		não	r	m
243	28	89	F	geral	SP	mobil	sim	não	não	60	sim	sim	ras	sup	não		não	r	m
244	23	94	F	geral	ni	sang	sim	sim	não	20	sim	sim	ras	sup	não		não	b	m
245	37	80	F	esp	SP	sang	sim	sim	não	100	sim	sim	tod	sup	não		não	b	m
246	23	94	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	40	sim	sim	ras	sup	sim	as	não	b	m
247	32	88	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	20	sim	sim	ras	sup	sim	as/ai	sim	r	m
248	27	93	M	geral	SP	sang	sim	ni	não	80	sim	sim	ras	sup	sim	as	sim	r	m
249	29	91	F	esp	est	sang	sim	sim	não	ns	sim	não	ras	sup	sim	as	não	b	m
250	23	95	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ras	sup	sim	as	sim	r	m
251	24	92	M	esp	SP	sang	sim	sim	não	100	sim	sim	ras	sup	não		não	b	m
252	27	93	M	geral	SC	sang	sim	ni	não	60	não	não	ras	amb	sim	as	não	b	m
253	37	81	F	geral	SP	mobil	sim	sim	não	40	sim	sim	ras/ret	sup	sim	ai	não	r	m
254	ni	ni	ni	ni	ni	ni	sim	não	não	40	sim	sim	gen/ras	amb	sim	as/ai	não	f	m
255	32	86	F	esp	ni	ni	sim	sim	sim	80	sim	sim	ni	sup	sim	as	sim	b	m
256	35	80	F	esp	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ras/ind	amb	não		sim	r	m
257	24	94	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras	amb	sim	as	não	b	m
258	23	94	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	80	sim	não	ras	sup	não		sim	b	m
259	43	79	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	não	ras/ind	sup	sim	as	sim	r	m
260	26	94	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	gen/ras	sup	sim	as	sim	b	m
261	49	72	M	geral	est	ni	sim	não	sim	80	sim	não	ras	ni	sim	as/ai	sim	b	m
262	25	91	M	geral	MG	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	tod	sup	não		não	b	m
263	35	84	F	geral	SC	sang	sim	sim	não	ns	sim	sim	ind	sup	não		não	r	m
264	53	71	M	geral	RS	ni	sim	não	não	ni	não	ni	ras/ind	ni	não		sim	r	m
265	58	63	F	geral	PE	sang	não	não	sim	ns	sim	não	ind	sup	sim	ai	sim	b	m

# APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
266	35	82	F	geral	MG	sang	sim	não	sim	60	sim	sim	ras/ind	sup	não		sim	r	m
267	23	93	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	não	ras/ind	ni	sim	as	sim	r	m
268	28	88	F	geral	MG	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	gen/ras	sup	não		sim	b	m
269	27	90	M	esp	SP	sang	sim	sim	sim	40	não	não	ras	amb	não		sim	r	m
270	48	69	F	geral	PE	mobil	sim	sim	não	40	sim	sim	gen	sup	sim	ai	não	r	i
271	28	89	M	geral	SP	sang	sim	sim	não	40	sim	não	ras	sup	sim	ai	não	b	i
272	27	91	F	geral	SP	ni	sim	sim	sim	60	não	sim	gen	sup	não		sim	r	m
273	23	92	F	geral	RD	sang	sim	sim	sim	20	não	sim	ras	ni	não		sim	f	m
274	28	91	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	ras/ind	sup	não		sim	r	m
275	29	92	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	60	sim	sim	ras/ind	amb	sim	as	sim	r	m
276	25	93	M	geral	PA	sang	sim	sim	sim	ns	sim	sim	ras/ind	sup	não		sim	f	m
277	26	93	F	geral	RN	mobil	sim	não	não	60	não	sim	aju/ras	sup	sim	as	não	f	m
278	29	93	F	geral	SP	sang	sim	não	não	20	não	sim	aju/ras	sup	sim	as	não	b	m
279	31	87	F	esp	RJ	sang	sim	não	ni	20	não	sim	ind	sup	sim	as	não	r	m
280	29	92	F	geral	MG	sang	sim	não	sim	40	não	não	ras	sup	não		sim	r	m
281	28	90	F	esp	ni	sang	sim	sim	sim	20	não	sim	ind	sup	sim	as	não	b	m
282	26	90	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	ni	sim	não	ind	sup	sim	as/ab	ni	r	m
283	41	79	M	geral	ni	sang	sim	não	sim	40	não	não	ras	amb	não		sim	r	m
284	30	90	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	40	sim	sim	ras	sup	não		não	r	m
285	26	95	F	geral	MG	sang	sim	sim	não	40	não	sim	aju/ras	sup	sim	as/ab	sim	r	m
286	33	86	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	40	sim	sim	ni	sup	sim	ni	não	b	m
287	38	81	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	80	sim	sim	ras	sup	sim	ab	sim	r	m
288	35	83	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	sim	sim	ras	sup	não		sim	r	m
289	57	67	M	esp	SP	retra	sim	não	não	40	não	não	gen	sup	não		não	r	i
290	26	91	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	40	sim	sim	aju/ras	sup	sim	as	não	b	m
291	24	92	F	esp	SP	sang	sim	sim	ni	60	não	sim	gen/ras	sup	sim	as	sim	r	m
292	36	86	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	ns	sim	sim	ind	ni	sim	as	sim	r	m
293	35	87	F	esp	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	aju/ras	amb	sim	vi/as	sim	b	m
294	38	81	F	geral	SP	ni	sim	não	não	ns	sim	sim	ni	sup	sim	as/ai	sim	r	m
295	40	90	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	20	sim	sim	tod	sup	sim	as/ab	sim	r	m
296	36	85	M	geral	TO	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	ras	amb	não		sim	b	m
297	24	93	F	geral	RS	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	aju/ras	sup	sim	as/ab	sim	r	m
298	55	65	M	geral	RS	sang	sim	não	sim	40	sim	sim	ras/ind	sup	não		sim	r	m



# APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
299	35	81	F	geral	SP	mobil	sim	não	não	40	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as	sim	r	m
300	35	82	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	ras	sup	não		sim	r	m
301	28	90	F	esp	SP	sang	sim	sim	não	60	sim	sim	ras/ret	sup	sim	ab	não	b	m
302	27	93	F	geral	SP	mobil	sim	não	não	40	não	sim	aju/ras	sup	sim	ai	não	b	m
303	27	89	F	geral	SP	mobil	sim	não	não	40	sim	sim	ind	sup	sim	as	não	r	m
304	28	95	M	geral	PI	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	gen/ras	sup	sim	as	não	r	m
305	35	84	F	esp	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	aju/ras	sup	sim	as	sim	b	m
306	26	91	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	gen/ras	sup	não		sim	r	m
307	55	66	M	esp	ni	sang	não	não	ni	20	sim	sim	gen	sub	sim	ab	sim	r	i
308	28	91	F	geral	ni	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	ras	sup	sim	ai	não	b	m
309	30	88	F	geral	ni	sang	sim	sim	não	40	sim	sim	ras	sup	sim	ai	não	b	m
310	34	85	M	geral	SP	calcu	sim	não	não	60	não	sim	gen/ras	sup	sim	ab	não	r	ip
311	25	93	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	60	não	sim	ras	sup	sim	as	não	r	m
312	33	86	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	80	sim	sim	aju/ras	sup	sim	as	sim	ni	m
313	40	81	F	geral	PE	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	gen/ras	sup	sim	as/ai	sim	r	m
314	36	83	M	esp	RN	sang	sim	sim	sim	80	não	sim	ras/ind	sup	não		sim	b	m
315	25	91	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ras	sup	não		sim	r	m
316	64	54	M	geral	ni	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras	sup	não		sim	r	m
317	34	82	F	geral	MG	sang	sim	não	sim	80	não	não	ni	sup	não		sim	b	m
318	30	88	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras	sup	não		não	b	m
319	53	72	M	geral	SP	mobil	sim	sim	sim	80	não	sim	ras	sup	sim	as/ai	sim	r	m
320	26	94	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	não	sim	ras	sup	sim	as	sim	b	m
321	38	79	F	esp	SP	sang	sim	não	sim	ns	sim	sim	ind	amb	não		sim	b	m
322	39	78	ni	geral	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ras	sup	não		sim	b	m
323	38	79	F	esp	ni	sang	não	não	ni	40	não	sim	ind	sup	não		não	f	m
324	40	79	M	esp	SP	calcu	sim	não	sim	80	sim	sim	gen/ras	sup	não		não	b	m
325	48	73	F	geral	ni	ni	sim	sim	sim	40	não	sim	ras/ind	amb	sim	as	sim	r	m
326	32	86	F	geral	ni	mobil	sim	sim	não	60	sim	não	aju/ras	sup	não		ni	r	m
327	23	95	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	ni	sim	sim	ras/ind	amb	sim	as	sim	r	m
328	23	94	F	geral	MG	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras	sup	não		não	b	m
329	25	94	M	geral	MG	sang	sim	sim	não	40	sim	sim	ind	sup	não		não	r	m
330	50	81	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	não	não	ras	sup	não		não	r	m
331	34	82	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	60	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as	sim	r	m

# APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
332	25	91	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	não	sim	ras/ind	sup	não		sim	r	m
333	39	86	F	geral	PR	sang	sim	sim	sim	40	sim	não	ras	amb	sim	ab	sim	b	m
334	22	94	M	esp	est	sang	sim	sim	não	20	sim	sim	tod	amb	sim	ab	não	r	m
335	26	95	F	geral	est	sang	sim	sim	não	40	não	sim	gen/ras	sup	sim	ab	não	r	m
336	23	94	F	geral	SP	mobil	sim	não	sim	40	sim	sim	ras/ind	sub	sim	as	sim	r	m
337	29	90	F	geral	PB	calcu	sim	não	não	40	não	não	ras/ind	sup	sim	as	sim	r	m
338	26	92	F	geral	MG	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras	sup	não		sim	b	m
339	24	95	M	geral	SP	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	aju/ras	sup	sim	as	sim	r	m
340	28	88	F	esp	SP	ni	sim	sim	não	ns	sim	sim	ind	amb	não		não	r	m
341	30	88	F	geral	SP	sang	sim	não	ni	80	sim	sim	ind	sup	sim	ai	não	r	m
342	38	82	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	80	sim	ni	aju/ras	sup	sim	as/ai	sim	r	m
343	24	94	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ind	sup	não		sim	b	m
344	21	95	M	geral	RJ	sang	sim	sim	não	60	sim	não	ras	sup	sim	as	não	r	i
345	42	90	F	geral	RJ	sang	sim	sim	sim	20	sim	sim	ras	amb	sim	vi/as	sim	b	m
346	30	89	F	geral	ni	sang	sim	não	não	80	sim	sim	aju/ras	amb	sim	as/ab	sim	b	m
347	27	93	F	geral	SE	sang	sim	não	sim	40	sim	sim	ras	sup	sim	as	sim	r	m
348	32	84	F	geral	SP	sang	sim	não	não	60	sim	sim	ras/ind	sup	sim	ni	sim	r	m
349	39	80	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	40	sim	não	ni	amb	sim	vi/as	sim	r	m
350	23	95	M	geral	SP	mobil	sim	sim	não	ns	sim	sim	ras/ret	amb	sim	as	não	b	m
351	33	89	M	esp	est	sang	sim	sim	ni	20	sim	sim	ind	sup	sim	as	sim	b	m
352	29	89	F	esp	est	sang	sim	sim	sim	20	sim	sim	ras/ind	sup	sim	ab	não	b	m
353	43	79	M	geral	ni	sang	sim	sim	sim	20	sim	sim	ras/ind	sup	não		não	r	m
354	53	67	M	geral	SP	mobil	sim	não	sim	80	sim	não	ras/ind	sup	sim	as	não	r	m
355	51	76	F	esp	ni	sang	sim	sim	não	40	sim	sim	tod	amb	sim	ai	sim	b	m
356	29	90	F	geral	SP	calcu	sim	não	sim	40	sim	não	ind	sup	não		sim	r	m
357	31	87	M	geral	RS	sang	sim	sim	não	60	não	sim	ras	sup	sim	as	sim	r	m
358	36	80	M	esp	MG	sang	sim	sim	não	40	sim	sim	ras/ret	amb	não		não	b	m
359	38	80	M	geral	MG	sang	sim	sim	não	60	sim	sim	ras/ret	amb	sim	ab	não	b	m
360	32	87	M	esp	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	tod	sup	sim	ni	sim	b	m
361	30	87	F	geral	est	sang	sim	sim	ni	60	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as/ai	sim	r	m
362	47	76	F	geral	est	mobil	sim	sim	não	40	sim	sim	aju/ras	amb	sim	ni	sim	b	m
363	38	82	F	esp	SP	sang	sim	não	sim	20	sim	não	ras	sup	não		sim	r	m
364	25	93	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	40	sim	não	ras	sup	sim	as	sim	b	m



# APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
365	23	95	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras	sub	sim	ai	sim	b	m
366	30	88	M	esp	MG	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	tod	sup	sim	ab	sim	b	m
367	23	92	F	geral	ES	sang	sim	sim	sim	40	não	não	ras/ind	sup	não		não	r	m
368	25	95	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	não	não	ras/ind	sup	não		sim	b	m
369	45	71	F	geral	RS	sang	sim	não	sim	ni	sim	não	ind	sup	não		sim	r	m
370	37	81	F	geral	SP	sang	sim	sim	ni	40	sim	não	ras	sub	sim	vi/as	não	f	m
371	23	94	F	geral	AL	calcu	sim	sim	não	60	sim	sim	ras/ind	sup	não		ni	r	m
372	39	78	F	esp	SP	sang	sim	não	sim	60	sim	não	ras	sup	sim	ni	sim	r	m
373	23	95	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	não	não	ras	sup	sim	as	não	r	m
374	23	95	F	geral	SP	ni	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras	sup	sim	as	sim	r	m
375	34	79	F	geral	ni	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras	amb	sim	ai	não	r	m
376	42	76	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	20	sim	sim	aju/ras	sup	sim	as/ai	sim	r	m
377	29	87	F	esp	PR	retra	não	não	não	0	não	não	ind	sup	não		ni	f	m
378	23	95	F	geral	SP	mobil	sim	não	não	20	não	sim	ras	amb	sim	as	não	r	m
379	32	84	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	ni	sim	sim	ras	amb	sim	as	sim	b	m
380	24	95	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	ns	sim	não	gen/ras	sup	não		sim	b	m
381	33	85	F	esp	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras	sup	não		sim	b	m
382	54	65	F	esp	ni	sang	não	não	sim	40	sim	sim	ind	sup	sim	as	sim	r	m
383	25	94	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	ind	sup	sim	as	não	r	m
384	26	94	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	sim	não	aju/ras	sup	sim	as	sim	r	m
385	44	74	F	geral	ni	mobil	sim	não	ni	60	sim	sim	ind	amb	sim	ai	sim	r	m
386	53	70	M	esp	SP	mobil	sim	não	não	ni	não	não	ind	amb	sim	as	sim	r	m
387	29	87	F	esp	RS	sang	sim	não	sim	ns	sim	não	ras	sup	não		sim	r	m
388	38	81	M	geral	ni	sang	sim	não	sim	20	não	sim	ras/ind	sup	sim	ni	sim	r	m
389	34	83	F	geral	SP	sang	não	não	ni	20	não	sim	ind	sup	não		não	r	i
390	28	90	F	esp	est	sang	sim	sim	não	20	sim	sim	ni	sup	sim	ni	não	r	m
391	29	90	F	esp	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ras	sup	sim	ni	sim	r	m
392	36	85	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	sim	sim	ras	sup	sim	ni	sim	b	i
393	42	76	F	esp	SP	sang	não	não	não	20	sim	sim	ind	sup	não		não	r	m
394	ni	ni	ni	ni	ni	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras	sup	não		sim	r	m
395	33	85	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	40	sim	sim	ras	sup	não		sim	r	m
396	40	80	F	esp	MG	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	tod	sup	não		sim	o	m
397	40	79	M	esp	SP	sang	sim	não	não	60	sim	sim	ras	sup	não		não	r	m

# APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
398	22	95	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	não	ras/ind	sup	sim	as	sim	r	m
399	25	95	M	geral	MG	sang	sim	não	sim	80	sim	sim	gen/ras	sup	sim	as	sim	r	ip
400	22	95	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras	sup	sim	as/ab	não	o	m
401	22	95	F	geral	SP	retra	sim	sim	sim	ns	sim	sim	ras	sup	não		sim	b	m
402	22	95	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	ni	ras	sup	não		sim	r	m
403	25	92	M	geral	MG	calcu	sim	sim	não	60	sim	não	ras	sup	não		não	r	m
404	38	79	F	esp	SP	sang	sim	ni	sim	20	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as/ai	sim	r	m
405	29	90	F	geral	SP	sang	sim	não	não	40	sim	sim	aju/ras	sup	sim	as/ab	sim	b	m
406	26	92	M	geral	SP	mobil	sim	não	não	60	não	sim	aju/ras	sup	sim	as/ab	sim	b	m
407	27	95	M	geral	SP	mobil	sim	não	não	20	não	não	ras	sup	não		não	r	m
408	24	94	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	40	sim	sim	ras/ind	sup	sim	ab	não	b	m
409	25	92	F	esp	SP	sang	sim	sim	sim	100	sim	sim	ras	sup	sim	as/ab	sim	o	m
410	24	93	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	40	sim	sim	ras/ind	sup	sim	ab	não	b	m
411	23	94	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	40	sim	sim	ras/ret	sup	sim	as	não	b	m
412	31	88	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	40	sim	ni	ras/ind	sup	sim	as	não	r	m
413	25	95	M	geral	SP	sang	sim	não	não	60	sim	sim	ras	sup	sim	ab	não	r	m
414	25	93	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	40	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as	sim	r	m
415	23	95	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	100	não	sim	ras	sub	sim	as	sim	r	m
416	28	95	F	geral	SP	ni	sim	não	não	60	sim	sim	ras	sup	sim	as/ab	não	b	m
417	25	95	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	não	sim	aju/ras	amb	sim	as	sim	r	m
418	25	95	F	geral	SP	sang	sim	não	não	60	sim	sim	gen/ras	sup	não		não	b	m
419	23	94	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as	sim	r	m
420	24	95	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras	sup	não		sim	r	m
421	46	79	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	40	sim	sim	ni	sup	sim	ab	sim	r	m
422	37	81	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	não	não	ind	sup	sim	ab	sim	f	ip
423	30	90	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	ras	sup	sim	as	sim	b	m
424	36	86	M	geral	SP	sang	sim	sim	não	40	sim	sim	ras/ind	sup	sim	ab	não	r	m
425	43	76	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	60	sim	sim	ni	sup	sim	ni	não	r	m
426	53	76	M	geral	SP	retra	não	sim	não	40	sim	sim	ras	amb	sim	ab	não	r	m
427	24	95	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	ns	não	não	aju/ras	sup	sim	ab	sim	b	m
428	50	67	F	esp	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras/ind	sup	sim	ab	sim	b	m
429	59	62	M	geral	SP	sang	sim	não	não	80	sim	sim	ni	sup	sim	ni	sim	r	m
430	44	78	F	esp	SP	sang	sim	não	sim	ns	sim	sim	ind	amb	não		sim	f	m

# APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
431	27	89	F	esp	SP	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	ras/ret	sup	sim	as	sim	o	m
432	40	79	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	ni	não	não	ind	sup	sim	ai	sim	r	m
433	41	77	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	40	sim	não	ras/ind	sup	não		sim	r	m
434	33	84	F	esp	SP	sang	sim	não	sim	40	sim	sim	ras/ind	amb	sim	as	sim	b	m
435	ni	74	F	geral	SP	sang	sim	não	ni	20	não	não	ind	sub	não		não	r	m
436	26	91	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as	não	b	m
437	32	95	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	80	sim	sim	ras	sup	não		sim	r	m
438	25	95	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	20	não	não	tod	sup	não		sim	r	i
439	49	79	M	geral	SP	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	ras	ni	não		sim	r	m
440	51	89	F	esp	SP	mobil	sim	não	sim	40	sim	sim	ras	sup	sim	as	não	b	m
441	27	90	M	geral	ni	sang	sim	não	não	40	sim	não	aju/ras	sup	sim	ni	sim	r	m
442	23	95	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras/ind	sup	sim	ab	sim	b	m
443	24	94	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	80	não	sim	ni	sup	sim	as/ab	sim	b	m
444	31	92	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras/ret	sup	sim	ab	sim	b	m
445	36	81	F	esp	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	aju/ras	sup	não		sim	b	m
446	22	95	F	geral	MG	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as/ai	sim	f	m
447	22	95	F	geral	MG	retra	sim	não	não	80	não	sim	ras/ind	sup	não		sim	r	m
448	23	95	M	geral	MG	calcu	sim	não	não	60	sim	sim	ras	sup	sim	ab	sim	r	m
449	35	89	M	geral	SP	calcu	sim	não	sim	60	não	sim	ras	sup	sim	ai	sim	r	m
450	34	84	F	esp	SP	sang	sim	sim	não	60	sim	sim	ind	sup	sim	as	não	r	m
451	25	93	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	80	não	não	ras	amb	não		sim	o	m
452	22	95	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	não	não	ras	amb	não		sim	b	m
453	29	91	F	geral	MG	sang	sim	sim	sim	80	sim	não	ras/ind	amb	sim	as/ai	sim	r	m
454	33	92	M	geral	MG	sang	sim	sim	sim	60	não	sim	ras	sup	sim	as	sim	b	m
455	23	95	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	80	sim	não	ras	sup	sim	ai	sim	b	m
456	42	78	F	geral	ni	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	gen/ras	sup	sim	ni	sim	b	m
457	63	60	M	geral	SP	ni	não	não	não	40	não	sim	ni	ni	ni		ni	r	m
458	ni	ni	ni	ni	ni	mobil	não	não	sim	80	sim	sim	ras/ind	sup	sim	ai	sim	b	m
459	22	95	F	geral	ni	mobil	sim	não	sim	100	não	sim	ras	sup	sim	as	não	r	m
460	26	94	F	geral	DF	sang	sim	não	sim	40	não	sim	ras	sup	não		sim	r	m
461	24	92	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	80	sim	não	ras/ind	sup	sim	as	sim	r	m
462	23	94	F	geral	PR	sang	sim	sim	sim	ns	sim	não	ind	sup	não		sim	f	m
463	34	87	F	geral	ni	sang	sim	não	sim	ns	sim	não	ind	sup	não		sim	r	m

# APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
464	31	87	M	geral	SP	calcu	sim	não	sim	80	sim	sim	gen/ras	sup	não		sim	r	m
465	ni	82	M	geral	MG	sang	sim	não	não	60	não	não	ras/ind	sup	não		sim	r	i
466	ni	ni	ni	ni	ni	sang	sim	não	ni	60	não	não	ras	sup	sim	ai	não	f	m
467	27	92	F	geral	MG	sang	sim	não	sim	20	sim	sim	tod	sup	sim	as	sim	r	m
468	33	88	M	geral	PR	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras/ret	sup	não		sim	b	m
469	41	78	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	sim	sim	ras	sup	não		sim	r	m
470	42	76	F	geral	SP	ni	sim	não	sim	20	não	não	ind	sup	não		sim	f	ip
471	33	86	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	não	não	gen/ras	sup	sim	as	não	r	i
472	24	94	F	geral	ni	sang	sim	não	sim	40	sim	sim	ind	sup	não		não	r	m
473	39	79	F	esp	SP	sang	sim	sim	não	20	sim	sim	aju/ind	amb	sim	as	sim	r	m
474	30	89	F	esp	SP	sang	sim	não	sim	20	sim	sim	ras/ind	sup	sim	ai	sim	b	m
475	40	89	F	esp	SP	sang	sim	sim	sim	20	sim	sim	ni	sup	sim	ni	sim	r	m
476	36	82	F	geral	MG	sang	sim	sim	sim	60	não	sim	ras/ind	sup	não		sim	b	m
477	27	91	M	geral	MG	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ni	sup	não		sim	r	m
478	33	83	F	geral	MG	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras/ind	amb	sim	as	sim	r	m
479	28	90	F	geral	MG	sang	sim	não	não	60	não	não	ras	sup	sim	as	sim	r	m
480	35	85	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	não	ras/ind	sup	sim	as/ai	sim	r	m
481	26	92	F	geral	MG	sang	sim	sim	ni	40	sim	sim	gen/ras	sup	sim	ai	não	b	m
482	39	79	F	esp	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	aju/ras	sup	não		sim	r	m
483	63	83	F	geral	PR	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ras/ind	amb	sim	as	sim	r	m
484	25	93	M	geral	MG	sang	sim	sim	não	20	sim	sim	gen/ras	sup	sim	as/ai	não	b	m
485	29	91	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	40	sim	sim	ras	sup	sim	as	sim	b	i
486	33	87	M	geral	SP	sang	sim	sim	não	40	não	sim	gen/ras	sup	sim	as/ai	sim	b	m
487	37	79	M	ni	SP	sang	não	não	ni	20	sim	não	ind	sup	sim	as	sim	r	m
488	34	85	M	esp	MG	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ind	sup	sim	ni	não	b	m
489	25	94	M	geral	DF	sang	sim	não	não	20	sim	sim	ras/ind	amb	sim	as/ai	não	b	m
490	27	93	M	geral	DF	sang	sim	não	não	40	sim	não	ras/ind	amb	sim	as	não	r	m
491	28	90	M	geral	MG	sang	sim	não	não	40	sim	sim	ras/ind	sup	não		não	b	m
492	32	93	M	geral	MG	sang	sim	sim	sim	20	sim	sim	ind	sup	não		não	b	m
493	42	77	M	geral	MG	sang	sim	não	sim	40	não	sim	ind	sup	sim	ab	sim	b	m
494	28	90	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ras	ni	não		sim	b	m
495	39	78	F	geral	SP	sang	não	ni	sim	20	sim	não	ras	amb	não		sim	r	m
496	33	85	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras	amb	não		sim	r	m

# APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
497	57	61	M	geral	SP	sang	não	não	sim	40	não	não	ras	sup	sim	ai	sim	b	m
498	41	77	F	esp	ni	mobil	sim	sim	sim	20	sim	sim	ras/ind	sub	sim	as	sim	f	m
499	33	84	F	geral	SP	mobil	sim	não	não	60	sim	não	ras/ind	sub	não		não	r	m
500	23	95	F	ni	SP	mobil	sim	sim	sim	40	sim	sim	ras	sup	não		não	r	m
501	45	72	F	geral	SP	mobil	sim	não	sim	80	sim	sim	ras	amb	sim	ni	sim	b	m
502	44	80	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	ni	sim	sim	ras/ind	sup	não		sim	b	m
503	64	54	M	esp	SP	sang	não	não	sim	20	não	não	ras	sup	sim	ni	sim	r	m
504	62	58	M	esp	SP	ni	não	ni	sim	20	sim	sim	gen/ras	sup	sim	ni	sim	b	m
505	60	62	M	geral	SP	mobil	sim	não	ni	40	não	sim	ras/ind	amb	sim	as/ai	não	r	m
506	52	66	F	geral	ni	sang	não	não	ni	ni	sim	ni	ras	sup	sim	ai	não	r	m
507	53	61	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	ni	sim	sim	aju/ras	amb	sim	ni	não	r	m
508	33	84	F	geral	SP	sang	não	não	ni	40	não	não	ras/ind	amb	não		sim	r	m
509	47	72	F	esp	SP	mobil	sim	sim	sim	20	sim	sim	ras	sup	sim	ai	sim	b	m
510	64	57	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	não	ras	sup	sim	ai	sim	b	m
511	39	82	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras/ind	sup	sim	ni	sim	b	m
512	26	95	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	não	não	ras	sup	sim	ai	não	b	m
513	32	89	M	geral	PR	sang	sim	não	sim	60	não	não	tod/ind	sup	sim	as	sim	r	m
514	22	94	F	geral	SP	mobil	sim	não	não	40	não	sim	aju/ras	sup	não		não	r	m
515	41	82	ni	geral	ni	retra	sim	sim	não	80	não	sim	ras	amb	sim	as	não	r	m
516	24	94	F	geral	SP	mobil	sim	não	não	40	não	ni	ras	sup	não		não	r	m
517	23	94	M	geral	MG	sang	sim	sim	não	20	sim	sim	ni	amb	não		não	b	m
518	26	92	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	100	não	não	ras/ind	sup	não		sim	b	m
519	25	93	F	geral	MG	sang	sim	sim	sim	20	sim	sim	ind	ni	sim	ni	sim	r	m
520	34	84	F	geral	ni	sang	sim	não	sim	80	sim	sim	aju/ras	sup	não		sim	r	m
521	25	92	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	80	não	não	ras	amb	não		sim	r	m
522	43	76	M	geral	MG	sang	sim	não	sim	ni	sim	não	ras	sup	não		sim	r	i
523	38	89	M	geral	MG	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ind	sup	não		não	f	m
524	34	81	F	esp	MG	calcu	sim	não	não	20	não	não	ras/ind	sup	não		sim	r	m
525	41	78	M	geral	GO	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ind	sup	não		sim	b	m
526	26	91	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	60	não	sim	ras/ind	sup	não		não	r	m
527	32	91	M	geral	GO	sang	sim	sim	sim	60	não	não	ras	sup	não		sim	r	m
528	25	93	M	geral	MG	sang	sim	sim	sim	40	sim	não	ras/ind	sup	não		sim	r	m
529	34	84	M	geral	MG	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras/ind	sup	não		não	b	m

# APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
530	30	91	F	geral	DF	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	ras/ind	sup	não		não	r	m
531	31	87	F	geral	SP	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	ras/ind	sup	não		não	r	m
532	29	92	M	geral	GO	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ni	sub	sim	ni	sim	r	m
533	34	84	F	geral	PE	calcu	sim	não	não	80	sim	sim	ras	sup	não		sim	r	m
534	28	88	F	geral	MG	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ind	sup	não		sim	f	m
535	26	94	F	geral	MG	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ras	sup	não		sim	b	m
536	36	84	M	geral	SC	sang	não	não	ni	20	não	não	ind	sup	não		sim	b	m
537	31	91	M	geral	CE	sang	sim	não	sim	60	sim	sim	ras	sup	não		sim	b	m
538	35	84	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	não	não	ras	amb	sim	as	não	r	m
539	25	94	F	geral	MG	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ras	sup	não		não	b	m
540	32	86	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	não	sim	ras/ind	sup	sim	as/ab	sim	r	m
541	30	87	F	geral	ES	sang	sim	não	sim	40	sim	sim	ras	amb	não		ni	r	m
542	28	91	F	geral	TO	calcu	sim	não	não	40	não	não	ind	sup	não		sim	f	m
543	36	80	F	geral	MS	sang	sim	não	sim	60	não	não	ras/ind	ni	sim	as	sim	f	m
544	27	91	M	geral	GO	sang	sim	não	sim	40	não	sim	ni	sup	não		sim	r	m
545	28	92	F	geral	MG	sang	sim	sim	não	40	sim	não	ind	sup	não		não	r	m
546	27	92	F	geral	DF	sang	sim	não	ni	80	sim	sim	ras/ind	sup	não		sim	f	m
547	29	89	M	geral	PR	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as	sim	r	m
548	35	82	F	esp	SP	sang	sim	sim	não	80	sim	sim	ras/ind	sup	não		não	r	m
549	42	80	M	esp	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	ni	ind	sup	sim	as	sim	f	m
550	ni	78	F	geral	ni	retra	sim	não	sim	20	sim	não	ind	sup	sim	as	sim	f	m
551	32	85	F	esp	SP	retra	sim	não	não	20	não	não	ras/ind	sup	não		sim	r	m
552	25	93	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ras	sup	sim	as	sim	b	m
553	37	82	F	esp	SP	sang	sim	não	não	20	não	não	ras/ind	sup	não		sim	b	m
554	30	90	M	geral	ES	sang	sim	sim	sim	60	sim	não	ind	sup	não		sim	r	m
555	37	81	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras/ind	sup	não		sim	r	m
556	29	90	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	100	não	não	ras	sup	não		não	b	m
557	41	77	F	esp	MG	sang	não	não	ni	40	sim	sim	ind	sup	não		sim	f	m
558	41	77	M	esp	SP	ni	sim	não	sim	ns	não	sim	ind	sup	sim	as	sim	r	m
559	30	88	F	esp	SP	sang	sim	não	sim	80	sim	sim	ind	sup	sim	as	sim	r	m
560	30	88	F	esp	SP	sang	sim	sim	sim	80	não	sim	ind	sup	sim	as	sim	f	m
561	27	92	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	não	não	ras	sup	sim	ab	sim	r	m
562	25	91	M	ni	SP	sang	sim	sim	ni	80	sim	sim	ind	sup	não		sim	r	m



# APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
563	33	89	M	esp	SP	sang	não	não	sim	40	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as	não	r	m
564	37	82	M	esp	ni	sang	sim	sim	não	20	sim	sim	gen/ras	sup	sim	ni	não	r	m
565	35	83	F	esp	RJ	sang	sim	não	não	20	sim	sim	aju/ras	sup	sim	as	não	r	m
566	36	80	F	esp	ni	sang	sim	não	sim	60	sim	sim	ind	amb	sim	ni	sim	r	m
567	28	90	F	esp	SP	mobil	sim	não	não	60	não	não	aju/ras	sub	sim	as	não	r	m
568	32	87	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	sim	não	ras/ind	sup	não		sim	r	m
569	42	75	M	esp	ni	mobil	não	não	não	ns	não	sim	ind	sup	não		sim	f	m
570	30	89	M	esp	MG	sang	sim	não	sim	40	sim	não	ind	sup	não		sim	r	m
571	26	92	F	ni	SP	sang	sim	não	não	20	sim	sim	ind	sup	não		não	b	m
572	43	82	F	geral	SP	retra	sim	não	não	20	não	não	ras/ind	sup	sim	as	não	b	m
573	25	92	F	geral	SC	retra	sim	não	não	20	sim	sim	aju/ras	sup	sim	as	sim	b	i
574	59	79	M	geral	ni	sang	sim	não	sim	20	não	sim	ras	sup	não		sim	ni	m
575	32	86	M	geral	SP	sang	não	não	sim	60	sim	sim	ras	sup	não		sim	r	m
576	45	81	M	geral	GO	sang	sim	sim	sim	80	não	sim	ras	sup	sim	as	sim	b	m
577	23	94	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	não	ras	sup	não		sim	b	m
578	44	76	M	esp	SP	sang	sim	sim	não	ns	sim	sim	ind	ni	sim		não	r	m
579	38	79	M	geral	SP	calcu	sim	sim	não	80	sim	sim	ras	sup	sim	as	sim	r	m
580	24	93	M	geral	MG	sang	sim	não	não	80	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as	não	r	m
581	49	71	M	esp	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ni	sup	não		sim	b	m
582	49	93	M	geral	SP	mobil	não	não	não	20	sim	não	aju	amb	sim	ni	não	r	i
583	37	82	F	esp	SP	sang	não	não	não	40	sim	sim	ind	sup	sim	ni	não	f	m
584	28	91	M	esp	RS	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	tod	sup	sim	as	sim	b	m
585	29	89	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	40	sim	não	ras/ind	sup	não		sim	r	m
586	30	89	M	geral	SP	mobil	sim	sim	sim	ns	não	sim	ind	sup	não		sim	r	m
587	28	91	M	geral	SP	sang	sim	não	não	60	sim	sim	aju/ras	sup	sim	ni	sim	r	m
588	39	79	M	esp	SP	sang	sim	não	sim	20	não	não	ind	amb	não		sim	r	m
589	40	80	M	esp	SP	ni	sim	não	não	20	sim	sim	aju/ind	amb	não		sim	r	m
590	28	92	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ras/ind	ni	sim	as/ai	sim	r	m
591	35	85	M	geral	ni	sang	não	não	sim	ns	não	não	ras	amb	não		não	f	m
592	44	75	M	esp	est	sang	sim	não	não	40	não	sim	ras/ind	sup	sim	as	não	r	m
593	25	94	F	geral	SP	sang	sim	não	não	60	não	não	ras/ind	sup	não		sim	r	m
594	26	90	F	geral	RJ	sang	sim	não	sim	80	sim	não	ras/ind	sup	sim	as	sim	r	m
595	47	76	F	geral	ni	sang	sim	sim	não	ni	sim	sim	ind	sup	não		não	r	m

### APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
596	32	88	M	esp	ni	calcu	sim	não	não	60	sim	não	ras	sup	não		sim	r	m
597	30	87	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	80	sim	sim	ind	sup	sim	as	não	b	m
598	42	78	M	geral	MG	sang	sim	sim	sim	20	sim	sim	ras	sup	sim	ni	sim	b	m
599	28	90	F	geral	SP	sang	sim	não	não	60	sim	sim	ras/ind	sup	não		não	r	m
600	35	83	M	geral	MS	sang	sim	não	sim	80	sim	sim	ni	sup	não		sim	f	m
601	31	89	F	esp	SP	sang	não	não	sim	ni	sim	não	ind	sup	não		sim	r	m
602	29	89	F	esp	SP	sang	sim	sim	não	40	sim	não	ind	sup	sim	as	sim	f	m
603	35	88	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	40	sim	sim	ind	sup	não		sim	r	m
604	35	82	M	geral	ni	sang	sim	não	sim	40	não	não	ras/ind	sup	não		sim	r	m
605	38	81	M	geral	PR	sang	sim	não	não	40	não	sim	ind	sup	não		sim	r	m
606	44	81	M	esp	MG	sang	sim	sim	não	40	sim	sim	ind	sup	sim	ai	não	b	m
607	38	95	M	geral	SC	sang	sim	não	sim	60	não	não	ras	sup	não		sim	r	m
608	43	78	M	esp	DF	sang	sim	não	sim	ns	não	sim	ind	sup	não		sim	f	m
609	29	89	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ind	sup	sim	as	sim	b	m
610	34	83	F	ni	PR	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as	sim	b	m
611	45	79	F	esp	PR	mobil	sim	sim	não	ns	sim	não	ind	amb	não		não	r	m
612	23	93	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	80	não	não	ras	sup	sim	as	sim	r	m
613	30	88	F	geral	MG	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ras	sup	sim	as	sim	b	m
614	33	85	F	esp	MG	sang	sim	sim	sim	ns	não	não	ind	sup	não		sim	r	m
615	27	91	F	geral	GO	mobil	não	não	não	ns	não	não	ras	sup	não		não	b	m
616	40	81	M	geral	ni	retra	sim	não	não	ns	não	sim	ind	sup	não		sim	f	m
617	29	91	F	geral	GO	sang	sim	não	sim	60	sim	não	ras/ind	sup	sim	as	sim	f	m
618	29	89	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras/ret	sup	sim	as	sim	r	m
619	25	93	M	geral	MG	sang	sim	não	sim	40	sim	não	ras/ind	amb	sim	as	sim	r	m
620	35	82	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	não	não	ras	amb	não		sim	f	m
621	28	90	M	geral	SP	mobil	sim	sim	não	20	sim	sim	tod	amb	sim	as	não	f	m
622	23	95	F	geral	MG	sang	sim	não	não	ns	sim	sim	ind	ni	não		ni	f	m
623	24	95	F	geral	MG	sang	sim	sim	sim	60	não	sim	ras	sup	sim	as	sim	r	m
624	38	81	F	geral	SP	sang	sim	não	não	40	sim	sim	ind	amb	sim	as	sim	b	m
625	33	86	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	80	não	não	ras	sup	sim	as	sim	b	m
626	ni	ni	ni	ni	ni	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	aju/ras	ni	sim	as	sim	f	m
627	44	87	F	geral	RS	sang	sim	não	sim	40	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as/ab	não	r	m
628	23	95	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	ns	não	sim	ind	sup	não		sim	r	m



# APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
629	36	90	M	geral	RJ	sang	sim	sim	sim	40	não	sim	ras	sup	sim	ab	sim	r	ip
630	22	95	ni	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	aju/ras	sup	sim	as	sim	b	m
631	31	86	M	geral	RJ	sang	sim	não	sim	80	sim	sim	ni	sup	não		não	r	m
632	30	88	F	esp	MG	sang	sim	não	sim	20	sim	sim	ras/ind	sup	sim	ai	sim	r	m
633	24	94	M	geral	TO	sang	sim	sim	sim	20	sim	não	ind	sup	não		sim	f	m
634	39	84	M	esp	PR	sang	sim	sim	sim	ni	sim	sim	ind	amb	sim	ni	não	b	m
635	24	94	M	geral	SP	sang	sim	sim	não	60	sim	sim	ras	ni	sim	ni	sim	f	m
636	30	94	M	geral	ES	sang	sim	não	não	40	sim	sim	gen/ras	sup	sim	as	não	r	m
637	28	92	M	geral	SC	sang	sim	não	não	40	sim	sim	ind	sup	sim	ab	não	r	m
638	26	93	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	aju/ras	sup	não		sim	r	m
639	ni	ni	ni	ni	ni	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ind	sup	não		não	b	m
640	37	82	M	geral	ni	sang	sim	não	sim	40	sim	sim	ras	sup	não		não	r	m
641	50	70	ni	esp	SP	mobil	sim	sim	não	60	sim	sim	aju/gen	sub	não		não	r	m
642	23	94	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	não	sim	ras/ind	sup	não		sim	r	m
643	33	86	M	geral	GO	sang	sim	sim	ni	20	sim	sim	ras	ni	não		ni	ni	ni
644	24	93	M	geral	RS	calcu	sim	sim	não	20	sim	sim	ni	amb	sim	ab	não	r	m
645	31	85	F	esp	SP	sang	sim	sim	sim	40	sim	sim	ras/ind	sup	não		sim	r	m
646	39	83	M	esp	PR	sang	sim	sim	não	ns	sim	sim	ind	ni	não		não	r	m
647	37	84	M	esp	PR	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras/ret	sup	não		sim	b	m
648	26	92	F	geral	SP	sang	sim	não	não	20	sim	ni	ras/ind	sup	não		não	f	m
649	37	80	F	geral	SP	mobil	sim	não	sim	60	sim	sim	ni	amb	sim	as	não	r	m
650	27	91	M	geral	SC	sang	sim	sim	sim	40	não	sim	ras/ind	sup	não		não	r	m
651	32	86	M	geral	ni	sang	sim	sim	não	60	sim	sim	aju/ras	sup	não		não	r	m
652	29	89	M	geral	SP	sang	sim	não	sim	40	sim	sim	aju/ras	sup	não		sim	b	m
653	30	89	F	geral	SP	sang	sim	não	não	60	sim	sim	aju/ras	sup	não		não	r	m
654	39	80	M	esp	SP	sang	sim	não	sim	40	não	não	ras/ind	sup	não		não	r	i
655	45	79	M	geral	SP	mobil	sim	não	sim	40	sim	não	ras/ind	sup	sim	as/ai	sim	r	m
656	32	87	M	esp	MS	sang	sim	não	sim	80	sim	sim	ras/ind	sup	não		não	r	m
657	32	91	M	geral	SP	calcu	sim	sim	não	40	sim	sim	ras/ind	ni	sim	ai	sim	r	i
658	27	90	F	esp	SP	sang	sim	não	não	20	sim	sim	ind	sup	sim	as/ai	sim	r	m
659	22	95	F	geral	MG	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras/ret	sup	sim	as/ai	sim	f	m
660	50	ni	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	ni	tod	amb	sim	as/ab	sim	b	m
661	34	88	F	ni	SP	sang	sim	não	não	ns	não	sim	ind	sup	não		sim	f	m

# APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
662	45	79	M	esp	SC	sang	não	não	ni	60	não	sim	ind	sup	não		sim	f	m
663	29	88	M	geral	GO	sang	sim	não	sim	40	sim	sim	ras/ind	sup	não		sim	r	m
664	31	87	M	esp	SP	sang	não	não	ni	ns	sim	sim	ras/ind	sup	sim	ab	não	r	m
665	58	62	M	esp	ni	retra	não	não	não	40	sim	sim	ras/ind	sup	sim	ab	não	b	m
666	44	75	F	esp	BA	retra	sim	sim	não	40	sim	sim	ras/ind	sup	sim	ab	não	b	m
667	39	79	F	esp	SP	sang	sim	não	sim	20	sim	não	ind	sup	sim	as	sim	r	m
668	41	80	M	geral	SP	sang	sim	sim	não	60	sim	não	ind	sup	sim	as	sim	b	m
669	34	85	M	esp	SP	sang	sim	não	sim	40	sim	sim	ras	sup	sim	ai	sim	r	m
670	35	80	F	esp	SP	mobil	sim	sim	não	40	sim	sim	ni	sup	sim	ai	sim	b	m
671	33	85	M	geral	SP	sang	não	não	não	40	sim	sim	tod	sup	sim	as	sim	b	m
672	31	87	F	geral	SP	sang	não	não	sim	ns	não	sim	ras/ind	sup	não		sim	r	m
673	30	87	F	geral	SP	sang	não	não	sim	40	não	sim	ras/ind	sup	não		sim	r	m
674	32	85	F	geral	MG	sang	não	não	sim	60	não	sim	ras	sup	sim	as	sim	b	m
675	39	79	F	geral	SP	sang	sim	não	não	60	sim	não	aju/ras	amb	não		sim	b	m
676	37	83	F	esp	SP	sang	sim	ni	sim	40	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as/ai	sim	r	m
677	32	86	F	geral	SP	sang	não	não	sim	80	não	não	ras	sup	não		não	b	m
678	37	81	F	geral	SP	sang	não	não	sim	60	não	não	ras	sup	não		sim	b	m
679	35	85	M	geral	SP	sang	não	não	sim	80	sim	não	ras	amb	não		não	b	m
680	ni	62	M	esp	SP	sang	sim	não	sim	60	sim	sim	ni	sup	sim	ni	não	b	m
681	44	80	M	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras/ind	amb	sim	as	sim	b	m
682	35	82	F	geral	SP	sang	não	não	sim	60	não	não	ind	sup	não		sim	r	m
683	36	85	F	esp	SP	sang	sim	não	sim	60	não	não	ind	sup	não		sim	r	m
684	24	95	F	geral	RJ	sang	sim	sim	sim	ni	sim	sim	ras	sup	não		sim	b	m
685	24	94	F	geral	MG	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras/ind	sup	não		sim	b	m
686	25	95	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	100	não	não	ras	sup	não		sim	r	m
687	23	95	F	geral	SP	sang	sim	não	não	80	sim	sim	aju/ras	sup	sim	as	sim	r	m
688	55	75	M	geral	ni	sang	sim	sim	não	60	sim	sim	ras	sup	não		sim	b	m
689	36	88	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	não	sim	ras/ind	sup	não		sim	r	m
690	24	94	F	geral	SP	sang	sim	não	não	60	não	sim	ras/ind	sup	sim	as	não	b	m
691	23	94	F	geral	SP	sang	sim	não	não	60	não	sim	ras/ind	sup	não		não	b	m
692	42	79	F	esp	RJ	ni	sim	sim	não	60	sim	sim	ni	sup	não		sim	r	m
693	31	87	F	esp	MG	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	tod	sup	não		sim	b	m
694	29	89	F	geral	SP	ni	sim	não	não	60	sim	sim	aju/ras	amb	não		não	r	m

APÊNDICE 3

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Idade	Ano Form.	Sexo	E/G	UF	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	Qual?	11)	12)	13)
695	29	91	M	geral	ni	sang	sim	sim	sim	60	sim	não	ras/ind	sup	não		sim	r	m
696	33	85	ni	esp	RS	sang	sim	sim	sim	60	sim	não	ras/ind	sup	não		sim	r	m
697	29	91	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	60	sim	sim	ras	ni	sim	as	sim	r	m
698	26	93	F	geral	SP	sang	sim	não	sim	60	sim	sim	ras/ind	sup	não		sim	r	m
699	37	92	M	geral	RJ	ni	sim	não	ni	60	sim	ni	ras/ind	sup	não		sim	r	m
700	38	81	M	geral	PR	sang	sim	sim	sim	80	não	não	ras/ind	sup	não		sim	r	m
701	29	93	F	geral	SP	sang	sim	sim	sim	80	sim	sim	ras/ind	sup	sim	as	sim	r	m
702																			
703																			
704																			
705																			
706																			
707																			
708																			
709																			
710																			
711																			
712																			
713																			
714																			
715																			
716																			
717																			
718																			
719																			

**ABREVIATURAS**

F= feminino  
M= masculino  
esp= especialista  
Ano Form= ano de formatura  
sang= sangramento gengival a sondagem  
mobil= mobilidade dental  
calcu= cálculo  
retra= retração gengival  
ras= raspagem dental  
ind= indico para um especialista  
tod= todos  
gen= gengivectomia  
aju= ajuste oclusal  
ret= retalho

an= analgésico  
vi= vitamina  
ab= antibiótico  
ai= antiinflamatório  
as= anti-séptico  
sup= supragengival  
sub= subgengival  
amb= ambas  
b= bons  
f= fracos  
o= ótimos  
r= regulares  
m= muito importante  
ip= importante a alguns pacientes

## SUMMARY

The goal of this study is to evaluate several basic aspects as diagnosis methods, knowledge and therapeutics in periodontics, utilized by a sample of practitioners, related by their own. A questionnaire with 13 questions about basic proceedings was randomly distributed. A sample of 700 questionnaires was obtained, answered by clinical dentists. Only 55,14 per cent answered to utilize routinely periodontal probe in clinical examination. From the sample, 22,57 per cent of practitioners informed to find out periodontal disease in 80 per cent of their patients and 2,00 per cent of the clinicians in 100 per cent of their patients. Just 65,86 per cent of the respondents affirmed that gingival bleeding provoked by oral hygiene is a sign of periodontal disease. In this study, based on the results provided by the sample, we can conclude that: the diagnoses of periodontal disease has not been frequently achieved; 43,57 per cent of the dentists from the sample answered do not routinely utilize periodontal probe in clinical examination; 35,57 per cent of the dentists from the sample do not associate symptoms as bleeding on probing with periodontal disease; 32,43 per cent of the dentists from the sample do not associate symptoms as bleeding on oral hygiene with periodontal disease; many epidemiological studies show that there is periodontal disease in a higher level than what was found out, related by the dentists; dental scaling was the preferential therapeutical form for treatment of periodontal disease found in all the subgroups; subgroup 3 (dentists who graduated more than 15 years ago) was the subgroup which showed major variation and absence of responses, demonstrating the necessity of constant modernization of the professionals in periodontics; 59,85 per cent of the dentists from the sample answered to frequently prescribe medicine for the treatment of periodontal disease. The kind of medicine most prescribed was the option anti-septic with 47,26 per cent of the responses.

**Key-words:** Dentists - Proceedings - Periodontics

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## 8. Referências bibliográficas\*:

- 1) ABRAHAM, N. J.; CIRINCIONE, U. K.; GLASS, R. T. Dentists' and dental hygienists' attitudes toward toothbrush replacement and maintenance. *Clin Prev Dent*, Philadelphia, **12**(5): 28-33, Dec. 1990.
- 2) AINAMO, J. Awareness of the presence of dental caries and gingival inflammation in young adult males. *Acta odont Scand.*, Stockholm, **30**(6): 615-619, Dec. 1972.
- 3) AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. *Glossary of periodontic terms*. Chicago, AAP, 1986. 56p.
- 4) AMERICAN ASSOCIATION OF PUBLIC HEALTH DENTISTS. Subcommittee on preventive periodontics. Periodontal disease in America: a personal and national tragedy. *J public Hlth Dent.*, Raleigh, **43**(2): 106-117, 1983.
- 5) AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. Diet, nutrition, and oral health: a rational approach for the dental practice. *J Am dent Ass.*, Chicago, **109**(1): 20-32, July, 1984.
- 6) AMERICAN SOCIETY OF PREVENTIVE DENTISTRY. Preventive dentistry survey. *J Am Soc prev Dent.*, Chicago, **3**(3): 23-25, 1973.
- 7) ARMITAGE, G. C.; SVANBERG, G. K.; LÖE, H. Microscopic evaluation of clinical measurements of connective tissue attachment levels. *J clin Periodont.*, Copenhagen, **4**(3): 173-190, Aug. 1977.
- 8) \_\_\_\_\_. Exame clínico periodontal. In: GENCO, R. J.; COHEN, D. W.; GOLDMAN, H. M. Periodontia contemporânea. São Paulo, Santos, 1996. cap.26, p.339-347.

---

\* Baseado em: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *Referências bibliográficas: NB-66*. Rio de Janeiro, ABNT, 1978. 17p. Abreviatura dos periódicos de conformidade com o WORLD LIST OF SCIENTIFIC PERIODICALS.

- 9) AXELSSON, P.; LINDHE, J.; NYSTRÖM, B. On the prevention of caries and periodontal disease. Results of a 15-year longitudinal study in adults. *J clin Periodont.*, Copenhagen, **18**(3):182-189, Mar. 1991.
- 10) AYER, W. A. Dental providers and oral health behavior. *J Behavioral Med.*, New York, **4**(3): 273-282, 1981.
- 11) \_\_\_\_\_. & CORAH, N. L. Behavioural factors influencing dental treatment. In: COHEN, L. K. AND BRYANT, P. S. (eds.) *Social Sciences and Dentistry*. London, Quintessence Publishing, 1985. cap.5, p.267-322.
- 12) AYERS, C.; WILLIAMS, D.; LAUSTEN, L. A survey of prevention in dental education. *J dent Educ.*, Washington, **43**(9): 515-516, 1979.
- 13) BADER, J. D. & KAPLAN, A. Treatment distributions in dental practice. *J dent Educ.*, Washington, **47**(3): 142-148, 1983.
- 14) \_\_\_\_\_. *et al.* Receipt of periodontal services by patients in general practices. *J dent Res.*, Washington, **66**: 213, 1987. [abstract, 854]
- 15) \_\_\_\_\_. *et al.* Periodontal status and treatment needs among regular dental patients. *Int dent J.*, Guildford, **38**(4): 255-260, Dec. 1988.
- 16) \_\_\_\_\_. *et al.* Dental patient's knowledge and beliefs about periodontal disease. *Community Dent oral Epidemiol.*, Copenhagen, **17**(2): 60-64, Apr. 1989.
- 17) \_\_\_\_\_. *et al.* Evaluating and influencing periodontal diagnostic and treatment behaviors in general practice. *J Am dent Ass.*, Chicago, **121**(6): 720-724, Dec. 1990.
- 18) BAILEY, B. Malpractice and periodontal disease. *J Am dent Ass.*, Chicago, **115**(6): 845-848, Dec. 1987.
- 19) BAILIT, H & BRAUN, R. Is periodontal disease the primary cause of tooth extraction in adults? *J Amer dent Ass.*, Chicago, **114**(1): 40-45, Jan. 1987.

- 20) BAKDASH, M. B. & KEENAN, K. M. An evaluation of the effectiveness of community preventive periodontal education. *J Periodontol.*, Raleigh, **49**(7): 362-366, July. 1978.
- 21) \_\_\_\_\_; LANGE, A. L.; MCMILLAN, D. G. The effect of a televised periodontal campaign on public periodontal awareness. *J Periodontol.*, Chicago, **54**(11): 666-670, Nov. 1983.
- 22) BARNES, D. E. Prevalence of periodontal disease. In: FRANDSEN, A. (ed.) *Public Health Aspects of Periodontal Disease*. Chicago: Quintessence Publishing. 1984. cap.1, p.21-32.
- 23) BAWDEN, J. W. *et al.* Problems and potentials in Dental Manpower Planning: the North Carolina Research Studies. *J public Hlth Dent.*, Raleigh, **41**(1): 9-47, Winter. 1981.
- 24) BECK, J. *et al.* Risk factors for various levels of periodontal disease and treatment needs in Iowa. *Community Dent oral Epidemiol.*, Copenhagen, **12**(1): 17-22, Feb. 1984.
- 25) BELLINI, H. T. & GJERMO, P. Application of the Periodontal Treatment Need System (PTNS) in a group of Norwegian industrial employees. *Community Dent oral Epidemiol.*, Copenhagen, **1**(1): 22-29, 1973.
- 26) BONTA, Y. *et al.* Rapid identification of periodontal pathogens in subgingival dental plaque: comparison of indirect immunofluorescence microscopy with bacterial culture for detection of *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. *J dent Res.*, Washington, **64**(5): 793-798, May. 1985.
- 27) BRADY, W. Periodontal disease awareness. *J Am dent Ass.*, Chicago, **109**(5): 706-710, Nov. 1984.
- 28) BROWN, L. F.; KEILY, P. A.; SPENCER, A. J. Hygienist employment and the presence of periodontal notations in general dental practice patient records. *Aust dent J.*, Sydney, **39**(1): 45-49, Feb. 1994a.



- 29) BROWN, L. F.; KEILY, P. A.; SPENCER, A. J. Evaluation of a continuing education intervention "Periodontics in General Practice". *Community Dent oral Epidemiol.*, Copenhagen, **22**(6): 441-447, Dec. 1994b.
- 30) BRUNICK, A. Legal considerations for periodontal treatment. *J dent Hyg.*, Chicago, **65**(6): 274-276, 1991.
- 31) BUCKLEY, L. A. A comparison of the attitudes of dentists and the public to periodontal health in Ireland. *Int dent J.*, Guildford, **43**(2): 161-166, April. 1993. [Supplement, 1]
- 32) BURT, B. & EKLUND, S. *Dentistry, dental practice and the community*. 4th. ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1992. 339p.
- 33) CARPAY, J. J. *et al.* Quahty of dental restorations and dental treatment in Dutch schoolchildren. *Community dent Hlth.*, Copenhagen, **7**(1): 43-51, Mar. 1990.
- 34) CARRANZA, F. A. The role of the specialist periodontist. *Int dent J.*, Guildford, **36**(1): 8-11, Mar. 1986.
- 35) CARVALHO, W. C. *A survey of smoking behavior, attitudes and beliefs of 217 dentists from the state of São Paulo, Brazil*. 1p. (Apresentado ao World Congress on Preventive Dentistry, 5., São Paulo, 1995a. April, P 33: 86)
- 36) \_\_\_\_\_. *O cirurgião dentista de Campinas e região e seu trabalho em prevenção*. 1p. (Apresentado ao Conclave Odontológico Internacional de Campinas, 11., Campinas, 1995b)
- 37) CHAVES, E. S.; et al. Diagnostic discrimination of bleeding on probing during maintenance periodontal therapy. *Am J Dent.*, San Antonio, **3**(4): 167-170, Aug. 1990.
- 38) CHEN, M. S. & RUBINSON, L. Preventive dental behavior of white American families: a national dental health survey. *J Am dent Ass.*, Chicago, **105**(1): 43-46, July. 1982.
- 39) CHEN, M. Preventive dentistry in Texas, USA. *Community Dent oral Epidemiol.*, Copenhagen, **18**(5): 239-243. Oct. 1990.

- 40) CHRISTENSEN, J.; SKOUGAARD, M. R. E STOLTZE, K. Prevalence of periodontal disease and need for periodontal treatment in a representative sample of 35-44-year-olds in Copenhagen. *In: Frandsen, A. (ed.) Public Health Aspects of Periodontal Disease*. London: Quintessence Publishing. 1984. cap.3, p.47-57.
- 41) CIANCIO, S. Agents for the management of plaque and gingivitis. *J dent Res*, **71**(7): 1450-1454, July. 1992.
- 42) CONDE, M. *et al.* PSR<sup>2</sup>: Um método simplificado de diagnóstico periodontal. *Revta Ass paul Cirurg Dent*, São Paulo, **50**(2): 139-142, 1996.
- 43) COXHEAD, L. J. The role of the general dental practitioner in the treatment of periodontal disease. *N Z dent J*, Dunedin, **81**(365): 81-85, July. 1985.
- 44) CRAFT, M. & SHEIHAM, A. Attitudes to prevention amongst dental practitioners. A comparison between the North and the South of England. *Br dent J*, London, **141**(12): 371-376, Dec. 1976.
- 45) \_\_\_\_\_. Dental health education and periodontal disease: health policies, disease trends, target groups and strategies. *In: FRANDSEN, A. (ed.) Public Health Aspects of Periodontal Disease*. Chicago: Quintessence Publishing, 1984. cap.11, p.149-160.
- 46) CROXSON, L. J. New Zealand periodontal awareness by dentists and the public. *J N Z Soc Periodont*, Auckland, **64**: 6-15, Nov. 1987.
- 47) \_\_\_\_\_. Periodontal awareness: the key to periodontal health. *Int dent J*, Guildford, **43**(2): 167-177, April. 1993. [Supplement, 1]
- 48) DARUGE, A. O. *Índices de gengivite, cálculo, e higiene oral em escolares primários de Piracicaba, e suas alterações com os sexos e condições econômicas*. Piracicaba, São Paulo. 1964. 57p. [Tese (Doutorado) Faculdade de Farmácia e Odontologia de Piracicaba]

- 49) DEVAN, M. M. The nature of the partial denture foundation: suggestions for its preservation. *J Prosthet Dent.*, Saint Louis, **2**: 210-218, Mar. 1952.
- 50) DINI, E. L. & GUIMARÃES, L. O. C. Periodontal conditions and treatment needs (CPITN) in a worker population in Araraquara, SP, Brazil. *Int dent J.*, Guildford, **44**(4): 309-311, Aug. 1994.
- 51) DOUGLASS, C. W. & DAY, J. M. Cost and payment of dental services in the United States. *J dent Educ.*, Washington, **43**(7): 332-333, 1979.
- 52) DOUGLASS, C. *et al.* National trends in the prevalence and severity of the periodontal diseases. *J Am dent Ass.*, Chicago, **107**(3): 403-412, Sept. 1983.
- 53) FERREIRA, R. A. No banco dos réus. *Revta Ass paul Cirurg Dent.*, São Paulo, **49**(4): 258-267, 1995.
- 54) FIELDS, W. T.; SCHEETZ, J. P.; SUDDICK, R. P. Attitudes of health professionals involved in a school-based fluoride mouthrinse program. *J public Hlth Dent.*, Raleigh, **40**(1): 47-56, 1980.
- 55) FINKELSTEIN, P. & GROSSMAN, E. The effectiveness of dental floss in reducing gingival inflammation. *J dent Res.*, Washington, **58**(3): 1034-1039, March, 1979.
- 56) \_\_\_\_\_; YOST, K. G.; GROSSMAN, E. Mechanical devices versus antimicrobial rinses in plaque and gingivitis reduction. *Clin Prev Dent.*, Waco, **12**(3): 8-11, 1990.
- 57) FISCHMAN, S. Self-care: practical periodontal care in today's practice. *Int dent J.*, Guildford, **43**(2): 179-183, April. 1993. [Supplement, 1]
- 58) FLORES-DE-JACOBY, L. *et al.* Periodontal conditions in Rio de Janeiro city (Brazil), using the CPITN. *Community Dent oral Epidemiol.*, Copenhagen, **19**(2): 127-128, 1991.
- 59) FRANDSEN, A. Prevention and control of periodontal disease at the community level: is it feasible? Proceedings of a symposium, IADR, Sydney, Australia, 1983. *N Z dent J.* **80**(362): 108-127, Oct. 1984.

- 60) FRANDSEN, A. Mechanical oral hygiene practices. State-of-the-science review. In: LÖE, H. & KLEINMAN, D.V., eds. *Dental plaque control measures and oral hygiene practices*. Bethesda, MD: IRL Press, 1985. p.93-116.
- 61) GARCIA, D. A. *et al.* The appearances of common dental diseases on radionuclide bone images of the jaws. *J dent Res.*, Washington, **58**(3): 1040-1046, Mar. 1979.
- 62) GARNICK, J. L. Methods of measuring and recording periodontal disease. *Dent Clin N Am.*, Philadelphia, **24**(4): 613-625, Oct. 1980.
- 63) GENCO, R. J.; ZAMBON, J. J.; MURRAY, P. A. Serum and gingival fluid antibodies as adjuncts in the diagnosis of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* - associated periodontal disease. *J Periodontol.*, Chicago, **56**(11): 41-50, Nov. 1985.
- 64) GJERMO, P.; HAMILTON, H. T.; MARCOS, B. Application of the Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN) in a population of young Brazilians. *Community Dent oral Epidemiol.*, Copenhagen, **11**(6): 342-346, Dec. 1983.
- 65) \_\_\_\_\_. *et al.* Prevalence of bone loss in a group of Brazilian teenagers assessed on bite-wing radiographs. *J clin Periodont.*, Copenhagen, **11**(2): 104-113, Feb. 1984.
- 66) GIFT, H. C.; FREW, R. e HEFFERREN, J. J. Attitudes toward and use of pit and fissure sealants. *J Dent Child.*, Chicago, **43**(6): 460-466, 1975.
- 67) \_\_\_\_\_. Utilization of professional dental services. In: COHEN, L. K. AND BRYANT, P. S. (eds.) *Social Sciences and Dentistry*. London, Quintessence Publishing, 1985a. cap.4, p.202-266.
- 68) \_\_\_\_\_. Current utilization patterns of oral hygiene practices. State-of-the-science review. In: LÖE, H. & KLEINMAN, D.V., eds. *Dental plaque control measures and oral hygiene practices*. Bethesda, MD: IRL Press, 1985b. p.39-71.
- 69) \_\_\_\_\_. Awareness and assessment of periodontal problems among dentists and the public. *Int dent J.*, Guildford, **38**(3): 147-153, Sep. 1988.

- 70) GLAVIND, L & ATTSTROM, R. Periodontal self-examination: a motivational tool in periodontics. *J clin Periodont.* **6**(4): 238-251, Aug. 1979.
- 71) GLICKMAN, I. & SMULOW, J. B. Alterations in the pathway of gingival inflammation to the underlying tissues induced by excessive occlusal forces. *J Periodontol.*, Chicago, **33**(1): 7-13, Jan. 1962.
- 72) GOODSON, J. M.; HAFFAJEE, A. D.; SOCRANSKY, S. S. The relationship between attachment level loss and alveolar bone loss. *J clin Periodont.*, Copenhagen, **11**(5): 348-359, May. 1984.
- 73) GRAVES, R. C.; DISNEY, D. Y.; STAMM, J. W. Comparative effectiveness of flossing and brushing in reducing interproximal bleeding. *J Periodontol.*, Chicago, **60**(5): 243-247, May. 1989.
- 74) GREENSTEIN, G. The role of bleeding upon probing in the diagnosis of periodontal disease. *J Periodontol.*, Chicago, **55**(12): 684-688, Dec. 1984.
- 75) HALLING, A. *et al.* Tobacco habits, attitudes and participating behavior in tobacco prevention among dental personnel in Sweden. *Community Dent oral Epidemiol.*, Copenhagen, **23**(4): 254-255, Aug. 1995.
- 76) HEINS, P. J.; FULLER, W. W.; FRIES, S. E. Periodontal probe use in general practice in Florida. *J Am dent Ass.*, Chicago, **119**(1): 147-150, July. 1989.
- 77) HELÖE, L. A. Comparison of dental health data obtained from questionnaires, interviews and clinical examination. *Scand J dent Res.*, København, **80**(6): 495-499, June. 1972.
- 78) HOMAN, B. T. *et al.* Preventive dentistry in private practice: a survey in Kentucky. *J Am dent Ass.*, Chicago, **91**(5): 1023-1036, Nov. 1975.
- 79) HOOGSTRATEN, J. & MOLTZER, G. Effects of dental health care instruction on knowledge, attitude behavior and fear. *Community Dent oral Epidemiol.*, Copenhagen, **11**(5): 278-282, Oct. 1983.

- 80) JEFFCOAT, M. When to treat: when to refer. *Int dent J.*, Guildford, **43**(2): 185-191, 1993.  
[Supplement. 1]
- 81) JOHNSON, N. W. *et al.* Detection of high-risk groups and individuals for periodontal diseases. Evidence for the existence of high-risk groups and individuals and approaches to their detection. *J clin Periodont.*, Copenhagen, **15**(5): 276-282, 1988.
- 82) KALLIO, P. & AINAMO, J. Use of gingival bleeding self-assessment in reinforcement of oral self-care. *J dent Res.*, Washington, **65**(5): 830, 1986.
- 83) \_\_\_\_\_. *et al.* Self-reported gingivitis and bleeding gums among adolescents in Helsinki. *Community Dent oral Epidemiol.*, Copenhagen, **22**(5-1): 277-282, Oct. 1994.
- 84) KEGELES, S. S. Public acceptance of dental preventive measures. *J Prev Dent.*, **2**(5): 10-27, 1975.
- 85) KESEL, R. G. Dental practice. In: Hollinshead, B. S., ed. *The survey of dentistry; final report*. Washington, American Council on Education. 1960. p.95.
- 86) KHO, P.; SMALES, F. C.; HARDIE, J. M. The effect of supragingival plaque control on the subgingival microflora. *J clin Periodont.*, Copenhagen, **12**(8): 676-686, Sept. 1985.
- 87) KRESS, G. C. The impact of professional education on the performance of dentists. In: COHEN, L. K. AND BRYANT, P. S. (eds.) *Social Sciences and Dentistry*. London, Quintessence Publishing, 1985. cap.6, p.323-386.
- 88) LANG, N. P.; CUMMING, B. R.; LÖE, H. A. Oral hygiene and gingival health in Danish dental students and faculty. *Community Dent oral Epidemiol.*, Copenhagen, **5**(5): 237-242, Sept. 1977.
- 89) \_\_\_\_\_. Current status of surgical and no surgical periodontal treatment. In: A. FRANDSEN (ed.) *Public Health Aspects of Periodontal Disease*. Chicago: Quintessence. 1984. cap. 17, p.217-229.

- 90) LANG, N. P. *et al.* Bleeding on probing. A predictor for the progression of periodontal disease? *J clin Periodont.*, Copenhagen, **13**(6): 590-596, July. 1986.
- 91) \_\_\_\_\_; WOOLFOLK, M. W.; FAJA, B. W. Oral health knowledge and attitudes of elementary schoolteachers in Michigan. *J public Hlth Dent.*, Raleigh, **49**(1): 39-43, Winter. 1989.
- 92) \_\_\_\_\_, *et al.* Absence of bleeding on probing: an indicator of periodontal stability. *J clin Periodont.*, Copenhagen, **17**(10): 714-721, Nov. 1990.
- 93) \_\_\_\_\_, *et al.* Bleeding on probing as it relates to probing pressure and gingival health. *J clin Periodont.*, Copenhagen, **18**(4): 257-261, Apr. 1991.
- 94) \_\_\_\_\_ & TONETTI, M. S. Periodontal diagnosis in treated periodontitis. *J clin Periodont.*, Copenhagen, **23**(3): 240-250, Mar. 1996.
- 95) LANGE, D. E. Attitudes and behaviour with respect to oral hygiene and periodontal treatment needs in selected groups in West Germany. In: FRANDSEN, A. (ed.) *Public Health Aspects of Periodontal Disease*. Chicago: Quintessence Publishing. 1984. cap.6, p.83-97.
- 96) LIMA, F. R. *Estudo da concordância dos pacientes para com o tratamento periodontal de suporte e sua relação com o índice de sangramento*. Rio de Janeiro, 1993. 70p. [Tese (Mestrado) - Faculdade de Odontologia - UFRJ]
- 97) LINDHE, J. & NYMAN, S. Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. *J clin Periodont.*, Copenhagen, **11**(8): 504-514, Sept. 1984.
- 98) LINN, E. L. What dental patients don't know about preventive care. *J public Hlth Dent.*, Raleigh, **34**(1): 39-41, 1974.
- 99) LISTGARTEN, M. A. Periodontal probing: what does it mean? *J clin Periodont.*, Copenhagen, **7**(3): 165-176, June. 1980.
- 100) LÖE, H. *et al.* The natural history of periodontal disease in man. *J periodont.*, Copenhagen, **13**(6): 563-572, Nov. 1978.

- 101) LÖE, H. *et al.* The natural history of periodontal disease in man: rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 15 to 45 years of age. *J clin Periodont.*, Copenhagen, **13**(5): 431-440, May. 1986.
- 102) LOESCHE, W. J. Perspectivas futuras na terapia antiinfecçiosa. *In:* GENCO, R. J.; COHEN, D. W.; GOLDMAN, H. M. Periodontia contemporânea. São Paulo, Santos, 1996. cap.53, p. 671-675.
- 103) MARKKULA, J.; MURTOMAA, H.; AINAMO, J. Conceptions of Finnish people about the etiology and prevention of dental caries and periodontal disorders. *Community Dent oral Epidemiol.*, Copenhagen, **5**(3): 108-115, May. 1977.
- 104) MCFALL, W. *et al.* Presence of periodontal data in patient records of general practitioners. *J Periodontol.*, Chicago, **59**(7): 445-449, July. 1988.
- 105) MURTOMAA, H. & AINAMO, J. Conceptions of Finnish people about their periodontal situation. *Community Dent oral Epidemiol.*, Copenhagen, **5**(5): 195-199, Sept. 1977.
- 106) NEWMAN, M. G. *et al.* Dentistry's responsibility in the diagnosis of periodontal disease. Panel presentation at the American Dental Association annual session. October 21, 1986. *J Am dent Ass.*, Chicago, **113**(2): 246, 1986.
- 107) OLIVER, R. C.; BROWN, L. J.; LÖE, H. Variations in the prevalence and extent of periodontitis. *J Am dent Ass.*, Chicago, **122**(7): 43-48, June. 1991.
- 108) PAGE, R. C. Oral health status in the US: Prevalence of inflammatory periodontal diseases. *J dent Educ.*, Washington, **49**(6): 354-364, 1985.
- 109) PEREIRA, O. L. *Avaliação de conhecimentos sobre prevenção de doenças periodontais e dos índices de placa e gengival, em universitários da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP - 1989.* Araraquara, 1990. 78p. [Tese (Livre Docência) FOA-UNESP]



- 110) PILOT, T. Implementation of preventive periodontal programmes at the community level.  
*In: FRANDSEN, A. (ed.) Public Health Aspects of Periodontal Disease. Chicago: Quintessence Publishing. 1984. cap.14, p.181-196.*
- 111) RAMAPRASAD, R. *et al.* Dentists and blood pressure measurement: a survey of attitudes and practice. *J Am dent Ass., Chicago, 108(5): 767-771, May. 1984.*
- 112) RAMFJORD, S. Surgical periodontal pocket elimination: still a justifiable objective? *J Am dent Ass., Chicago, 114: 37-40, Jan. 1987a.*
- 113) \_\_\_\_\_. Maintenance care for treated periodontitis patients. *J clin Periodont., 14(8): 433-437, Sept. 1987b.*
- 114) RAMS, T. E.; LISTGARTEN, M. A. AND SLOTS, J. Utility of radiographic crestal lamina dura for predicting periodontitis disease-activity. *J clin Periodont., Copenhagen, 21(9): 571-576, Oct. 1994.*
- 115) REIFEIS, P. E. Periodontal diseases: failure to diagnose and treat. *J Indiana dent Ass., Indianapolis, 69(5): 31-32. 1990.*
- 116) RISE, J. & SØGAARD, A. J. Effect of a mass media periodontal campaign upon preventive knowledge and behavior in Norway. *Community Dent oral Epidemiol., Copenhagen, 16(1): 1-4, Feb. 1988.*
- 117) ROBINSON, P.J. & RANDALL, M.V. Periodontal examination. *Dent Clin N Am., Philadelphia, 24(4): 597-612. Oct. 1980.*
- 118) RONIS, D. L. *et al.* Preventive oral health behaviors among Detroit-area residents. *J dent Hyg. 68(3): 123-130, 1994.*
- 119) SAMPAIO, J. E. C. *et al.* Doença periodontal em estudantes de odontologia: ocorrência e aspectos relacionados. *In: Reunião Científica da Sociedade Brasileira de Pesquisas Odontológicas., 4, Pirassununga, 1987. Resumos. São Paulo, 1987, p. 121.*
- 120) SCHAUB, R. M. H. *Barrier to Effective Periodontal Care.* Department of Social Sciences in Dentistry. University of Groningen. 1984, p.54.

- 121) SERRANO, G. G. et al. Attitudes, knowledge and behavior of 3 groups of Spanish dentists on methods of caries prevention. *Rev Eur Odontoestomatol.* 2(2): 107-110, 1990.
- 122) SHANLEY, D.B. & AHERN, F.M. Periodontal disease and the influence of socio-educational factors in adolescents. In: FRANDSEN, A. (ed.) *Public Health Aspects of Periodontal Disease*. Chicago: Quintessence Publishing. 1984. cap.8, p.109-120.
- 123) SHEIHAM, A. An analysis of existing dental services in relation to periodontal care. In: FRANDSEN, A. (ed.) *Public Health Aspects of Periodontal Disease*. Chicago: Quintessence Publishing. 1984. cap.12, p.161-180.
- 124) \_\_\_\_\_. The role of the dental team in promoting dental health and general health through oral health. *Int dent J.* Guildford, 42(4): 223-228, Aug. 1992.
- 125) SILVA, A. M. et al. Psychosocial factors in inflammatory periodontal diseases. A review. *J clin Periodont.*, Copenhagen, 22(7): 516-526, July. 1995.
- 126) SLOTS, J & GENCO, R. J. Black-pigmented *Bacteroides* species, *Campylobacter* species, and *Actinobacillus actinomycetemcomitans* in human periodontal disease: virulence factors in colonization, survival, and tissue destruction. *J dent Res.*, Washington, 63(3): 412-421, Mar. 1984.
- 127) SMALES, F. C. Periodontology in general dental practice. *Int dent J.*, Guildford, 43(2): 193-199, April. 1993. [Supplement 1]
- 128) SOCIEDADE BRASILEIRA DE PERIODONTOLOGIA. *A Periodontia e os Implantes Odontológicos*. Relatório apresentado na XVII Reunião de Professores de Periodontia realizada em São Paulo, no dia 22/01/1990. 39p.
- 129) SOCRANSKY, S. S. Microbiology of periodontal disease - present status and future considerations. *J Periodontol.* 48(9): 497-504, Sept. 1977.
- 130) SÖGAARD, A. J. Effect of a nationwide periodontal health campaign on dentists' awareness, attitudes and behavior in Norway. *Community Dent oral Epidemiol.*, Copenhagen, 16(1): 30-35. June, 1988.

- 131) STEENBERGHE, D. The influence of oral health delivery systems on the awareness and prevalence of periodontal breakdown in the belgian population. *In*: FRANDSEN, A. (ed.) *Public Health Aspects of Periodontal Disease*. London: Quintessence Publishing, 1984. cap.7, p.99-107.
- 132) TAN, H.; RUITER, E.; VERHEY, H. Effect of repeated dental health care education on gingival health, knowledge, attitude, behavior and perception. *Community Dent oral Epidemiol.*, Copenhagen, **9**(1): 15-21, Feb. 1981.
- 133) TELIVUO, M. *et al.* Finnish dentists as tobacco-counselors. *Community Dent oral Epidemiol.* **19**(4): 221-224, Aug. 1991.
- 134) \_\_\_\_\_. *et al.* Observations and concepts of the oral health consequences of tobacco use of Finnish periodontists and dentists. *J clin Periodont.* **19**(1): 15-18, Jan. 1992.
- 135) TOEUS, S. E., *et al.* Bleeding as an indicator of health or disease. Clinical application of this parameter. *J dent Hyg.* **64**(6): 256, 258-259, 1990.
- 136) TOLEDO, B. E. *Contribuição para o estudo da prevalência de gengivite em escolares da cidade de Araraquara, brancos nascidos no Brasil*. Araraquara, 1964. 76p., [Tese (Doutorado) - Fac. Farm. Odont. de Araraquara]
- 137) \_\_\_\_\_. *et al.* Prevalência da doença periodontal em estudantes de odontologia: suas relações com a higiene bucal. *Revta Fac Farm Odont.*, Araraquara, **9**(2): 173-181, 1975.
- 138) UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. An exploration of Dental Practice. Aug. 1980. 55p.
- 139) VAN DYKE, T. E.; LEVINE, M. J.; GENCO, R. J. Neutrophil function and oral disease. *J oral Path.*, Copenhagen, **14**(2): 95-120, Feb. 1985.
- 140) VEHKALAHTI, M.; RYTÖMAA, I.; HELMINEN, S. Assessment of quality of public health care on the basis of patient records. *Community Dent oral Epidemiol.*, Copenhagen, **20**(2): 102-105. 1992.

- 141) VERTUAN, V. A necessidade de próteses e a saúde bucal dos universitários de odontologia e farmácia de Araraquara-SP. *Revta Ass paul Cirurg Dent.*, São Paulo, **32**(2): 94-97, 1978.
- 142) VOGAN, W. I. Dental knowledge and attitudes. *Br dent J.*, London, **128**(10): 481-486, May, 1970.
- 143) WALMSLEY, A. D. *et al.* Dental practitioner attendances at postgraduate courses in a dental school. *Br dent J.*, London, **169**(2): 61-63, 1990.
- 144) WADE, A. B. Report on periodontal awareness. *Perio Abstr.*, Los Angeles, **20**: 4-10, Spring, 1972.
- 145) WAERHAUG, J. What is the objective of treatment: disease elimination, control or reduction? In: D. Shanley (ed). *Efficacy of Treatment Procedures in Periodontics*. Chicago: Quintessence Publishing. Co. 1980. 78p.
- 146) WEINSTEIN, P. *et al.* How effective is oral hygiene instruction? Results after 6 and 24 weeks. *J public Hlth Dent.*, Raleigh, **49**(1): 32-50, Winter, 1989.
- 147) WEINSTEIN, R. *et al.* Psychological intervention in patients with poor compliance. *J clin Periodont.*, Copenhagen, **23**(3): 283-288, Mar. 1996.
- 148) WEISS, J. & DISERENS, D. Health behavior of dental professionals. *Clin Prev Dent.*, Waco, **2**(6): 5-8, 1980.
- 149) WENNSTRÖM, J. & LINDHE, J. The effect of mouthrinses on parameters characterizing human periodontal disease. *J clin Periodont.*, Copenhagen, **13**(1): 86-93, Jan. 1986.
- 150) WENNSTRÖM, J. L. *et al.* Periodontal conditions of adult regular dental care attendants. A 12-year longitudinal study. *J clin Periodont.*, Copenhagen, **20**(10): 714-722, Nov. 1993.
- 151) WILSON, T. *et al.* Compliance with maintenance therapy in a private periodontal practice. *J Periodontol.*, Chicago, **55**(8): 468-473, Aug. 1984.

- 152) WOOLFOLK, M. W.; LANG, W. P.; FAJA, B. W. Oral health knowledge and sources of information among elementary schoolchildren. *J public Hlth Dent.*, Raleigh, **49**(1): 39-43, Winter. 1989.
- 153) ZAMORA, Y. P. & NASCIMENTO, A. Eficiência de recursos de motivação para melhorar a higiene bucal de pacientes. Controle da placa dental e da gengivite. *Quintessência*, Rio de Janeiro, **5**(5): 59-66, Maio, 1978.